

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2014

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 14 січня 2014 р.)

Харків - 2014

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 14 січня 2014 р.)
Харків, 2014. – 428 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 26 грудня 2013 р.

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Ghranyna E.V., Lisizkaya N.A.

ANATOMY OF THE LIVER

Kharkiv National Medical University, department of human anatomy

Liver - hepar, located below the diaphragm in the right upper quadrant, so that a relatively small part of the body comes in the adult left of the midline. Liver is a glandular organ, weighing about 1.5 kg and consists of two lobes: the right and left that to the diaphragmatic surfaces are separated from each other by falciform ligament of liver. In the free edge of the ligament is located fibrous tension bar-round ligament of the liver. Located on the bottom surface: square and caudate lobes of the liver and the gate through which include hepatic artery, gate vienna with their accompanying nerves and lymphatics go with common hepatic duct. On both sides the right lobe of the gallbladder fossa is limited. Liver distinguished, as already mentioned above, the two surfaces (diaphragmatic, visceral) and two edges (bottom, topback). Liver parenchyma shows hepatocytes (80% of the liver), the mononuclear phagocyte system cells - Kupffer (16%), cardiovascular system - arterial, venous and biliary tract (4%) Functional-morphological structural unit of the liver is the liver lobule, which has about 500 thousand.

Liver - "biochemical laboratory organism" has the highest temperature in the human body, due to high levels of metabolism (proteins, fats, carbohydrates), in particular intestinal mucosa absorbed carbohydrates are converted to glycogen in the liver The liver also performs hormonal function. In the embryonic period it is characterized by the function of blood, as it produces red blood cells. Thus, the liver is the organ of the digestive system simultaneously, the barrier body body circulation and metabolism of all kinds, including hormonal.

Zakharenkova A., Salo E.

METHOD OF VEGETATIVERESONANCE TEST – VRT

Kharkiv National Medical University, department of human anatomy

Scientific adviser - Sazonova O.

Method is based on the universal property of every animate and inanimate object (from the molecule to the whole organism) to exist in energy information exchange mode with the outside world. This exchange, in particular, is carried by specific for each object set of the widest range of emitted waves - from light and heat to low-frequency vibrations. When the body is exposed by weak electromagnetic waves with certain spectral composition, energy information system comes into a state of resonance. Thus, sequential study of the body with different frequency spectra in a given algorithm makes possible obtaining very accurate and detailed information about the presence of various objects or processes therein. Received information is much higher in accuracy level than the known clinical treatments and allows tracking the disease much earlier than it manifests itself significantly to the patient. Thus , it is possible to determine the localization of disease site, the extent and nature of pathological changes in the organ or in the whole organism - from minor changes to tumor metabolic processes (including malignant) , lack of specific micronutrients and vitamins , identify and localize lesions viruses, fungi , protozoa, helminths , identify and determine the extent of burdens - geopathogenic, electromagnetic, toxic, mental, detect violations in energyinformation systems of the body .

The equipment that is used allows identifying at the cellular level causes of diseases in the earliest stages of development without blood, pain, disease and exposure. Survey is perfectly tolerated by children. It determines the type and site of localization in the human body microorganisms and parasites that cause diseases of : respiratory tract , urinary organs, gastrointestinal tract , and diagnoses: allergens, mineral disorders, hormone , vitamin balance , disorders of the immune system.

Алексеева Т. М., Лиманская А.А., Лукьянова Л.В., Бачинский Р.О.
ВЛИЯНИЕ НИТРОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ И ИХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПОЗИЦИЙ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ
РЕАКЦИИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ФОРМАЛИНОВОГО ОТЕКА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской и биоорганической химии

Научный руководитель: проф. Сыровая А. О.

В основе взаимодействия организма животного с окружающей средой лежат механизмы нервной, гуморальной и иммунной регуляции. Наиболее распространенным и информативным тестом при изучении влияния лекарственных средств на эмоционально-поведенческие реакции (ЭПР) является тест «открытое поле».

Цель: изучить влияние нитрогенсодержащих органических соединений на центральную нервную систему (ЦНС) по ЭПР у крыс в тесте «открытое поле».

Нами было изучено влияние карбамазепина, парацетамола, кофеина и их композиций на ЭПР у крыс в условиях формалинового отека. Экспериментальное исследование проводили на крысах линии WAG средней массой 210–230 г. Животные были распределены на 9 групп по 6 животных в каждой группе. Животные 1-ой группы были контролем, им однократно внутрижелудочно (в/ж) вводили 3 % крахмальную слизь (2 мл на 200 г крысы). Животным 2-ой группы моделировали формалиновый отек путем субплантарного введения 0,1 мл 2 % водного раствора формалина в заднюю лапу крысы и в/ж вводили 3 % крахмальную слизь (2 мл на 200 г крысы). Животным 3-ей–9-ой групп однократно в/ж в виде суспензии на 3% крахмальной слизи вводили исследуемые препараты и их композиции: животным 3-ей группы вводили – кофеин (0,6 мг/міліграм-еквівалентів|кг), 4-ой группы – парацетамол (30 мг/кг), 5-ой группы – карбамазепин (6,25 мг/кг), 6-ой группы – комбинацию парацетамола (30 мг/кг) с кофеином (0,6 мг/кг), 7-ой группы – комбинацию карбамазепина (6,25 мг/кг) с кофеином (0,6 мг/кг), 8-ой группы – комбинацию карбамазепина (6,25 мг/кг) с парацетамолом (30 мг/кг), 9-ой группы – комбинацию карбамазепина (6,25 мг/кг), парацетамола (30 мг/кг) с кофеином (0,6 мг/кг). Перерасчет доз человека на крыс осуществлены с использованием коэффициента видовой чувствительности по Рыболовлеву Ю. Р. Максимальное развитие формалинового отека наблюдается через 4 часа после его моделирования, поэтому исследуемые лекарственные средства и их композиции, а также 3 % крахмальную слизь вводили за 1 час до этого момента. Оценку влияния препаратов и их комбинаций на ЭПР животных проводили путем сравнения групп 3-9 с группами 1 и 2. Наблюдение ЭПР крыс проводили в тесте «открытое поле» по общепринятой методике на протяжении 3 минут. Исследования проводили согласно методическим рекомендациям Государственного фармакологического центра МОЗ Украины. При выборе количества животных и распределении их по группам учитывали экономичный подход, биоэтические правила и требования статистики. Полученные

результаты исследований были обработаны статистически с использованием пакета прикладных программ STATISTICA-6.

Моделирование формалинового отека (группа 2) способствовало статистически достоверному увеличению горизонтальной и вертикальной двигательной активности (ГДА и ВДА) в 1,4 раза, уменьшению познавательной активности и груминга в 1,3 раза, дефекаций в 1,9 раз, увеличению уринаций в 1,5 раз у крыс относительно контрольной группы. Анализ результатов влияния карбамазепина, парацетамола, кофеина и их композиций на ЭПР крыс в условиях формалинового отека указывает на то, что целесообразным является назначение кофеина, парацетамола и их композиции (относительно ГДА), кофеина и его композиции с карбамазепином (относительно груминга), парацетамола и кофеина (относительно ВДА).

Целесообразно изучить влияние нитрогенсодержащих органических соединений (кофеина, парацетамола, карбамазепина) и их композиций на ЭПР у крыс в условиях других модельных патологий.

Алексеев Р.В., Плехова А.А.

АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ К УЧЕБНЫМ НАГРУЗКАМ В УСЛОВИЯХ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра физиологии

Процесс адаптации студентов отражает сложный и длительный процесс обучения и предъявляет высокие требования к пластичности психики и физиологии молодых людей. Наиболее активные процессы адаптации к новым условиям студенческой жизни происходят на первых курсах. При этом надо не забывать о том, что адаптация студентов, проживающих в отрыве от родителей (в общежитии или в арендуемой квартире) протекает тяжелее, и зачастую приводит к возникновению разнообразных психосоматических и психоневрологических патологических состояний.

Динамический стереотип в своей основе имеет психофизиологическое явление, разрушение которого приводит к нервным срывам, к стрессовым реакциям. У одних студентов формирование нового стереотипа происходит скачкообразно, а у других - равномерно. Эта перестройка связана с особенностями высшей нервной деятельности (ВНД) и с социальными факторами, имеющими решающее значение.

Период адаптации студентов, связанный с ломкой прежних стереотипов, на первых порах может обусловить низкую успеваемость и затруднения в общении. Адаптация студентов к образовательным условиям имеет фазный характер, обусловленный разнообразными специфическими (учебными) и неспецифическими (поведенческими, бытовыми и др.) факторами. Состояние здоровья студентов определяется их адаптационными резервами в процессе обучения.

В последние годы, отмечается ухудшение функционального состояния организма студентов в процессе адаптации к учебной деятельности. Многоуровневая функциональная система адаптации формируется при взаимодействии психологических и физиологических компонентов приспособительных реакций. Поэтому взаимодействие эмоционально-мотивационной сферы и систем вегетативного регулирования обуславливает необходимость комплексного изучения соотношений психологических и вегетативных функций в адаптационном процессе.

На основе индивидуальных особенностей студентов строится система включения его в новые виды деятельности и новый круг общения. Это даёт возможность сделать адаптации оптимальным и психологически комфортным, что позволяет минимизировать развитие дезадаптационного синдрома.

Таким образом, в условиях возросших требований к адаптационным возможностям организма студентов, обучающихся в вузе, необходимо учитывать и формировать индивидуально-типологический подход к прогностической оценке эффективности приспособительной деятельности.

Бабасва А.Р.

ВИВЧЕННЯ УЗГОДЖЕНОСТІ МЕХАНІЗМІВ РЕГУЛЯЦІЇ ПРОЦЕСУ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ДОЗОВАНИХ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

**Харківський національний медичний університет, кафедра фізіології
Науковий керівник – асистент кафедри фізіології Сокол О.М.**

Особливістю життєвого укладу студентів є необхідність переробки та засвоєння великого обсягу нової інформації в умовах дефіциту часу та зниження фізичних навантажень.

Метою цієї роботи було вивчення варіантів адаптації до навчальної діяльності протягом перших трьох років навчання у студентів з різним рівнем фізичної підготовки. Виходячи з необхідності розробки комплексу профілактичних заходів щодо підвищення неспецифічної стійкості організму, проведено дослідження показників узгодженості вищого інтегративного (пам'ять, внутрішній облік часу) і вегетативного (діяльність серця і дихання) рівнів адаптації в умовах дозованих фізичних навантажень.

При аналізі структури кореляційних зв'язків встановлено, що в міру зростання тривалості навчання спостерігалось підвищення загальної кількості зв'язків, за рахунок слабких і середніх, і збільшення частки негативних зв'язків. В умовах фізичних навантажень ці тенденції проявлялися ще більше.

Погіршення функціональних показників вищої інтегративної діяльності і вегетативної нервової системи супроводжувалось зниженням фізичної працездатності і підвищенням «ціни» вегетативного забезпечення: час роботи на велоергометрі достовірно знижувалось, а відхилення показників кардіореспіраторної системи різко зростала, відновлення відхилених показників відбувалось набагато довше. Зазначені зміни свідчать про погіршення переносимості гіпоксії і зниженні працездатності мозку. Підтвердженням цього є погіршення якості виконання коректурної проби, зниження зорової пам'яті і значне збільшення швидкості течії внутрішнього часу.

Бердник Д.А., Ковалёва К.А.

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ АНОМАЛЬНОМ СТРОЕНИИ МАТКИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека**

Научный руководитель: Витриченко Е.Е.

Матка имеющая патологию не препятствует зачатию. Однако, некоторые типы отклонений могут привести к осложнениям во время беременности. Выделяются следующие типы патологий и их последствия: 1) Агенизия- когда у женщины нет матки, или она крайне маленьких размеров. Единственный способ иметь ребенка для женщины с агенезией — это суррогатное материнство. 2) Полное удвоение матки- при этой патологии имеются две полости матки, каждая из которых может иметь собственную шейку и влагалище. Способность зачать при такой аномалии сохраняется. 3) Однорогая матка — порок развития матки, при котором сформировалась только одна фаллопиева труба, в то время как вторая не развилась или развилась недостаточно. При однорогой матке сохраняются оба яичника, но лишь к одному из них ведет фаллопиева труба. Если имеющаяся фаллопиева труба и

яичник в норме, беременность возможна. 4)Двурогая матка- имеет две полости, соединенные в нижнем отделе. Выделяют три варианта – седловидную, неполную и полную. Седловидная расширена в поперечном сечении и имеет лишь небольшое углубление в виде седла, расположенное в области маточного дна. Неполная характеризуется разделением полостей только в верхней части. Полное разделение рога матки расходятся в разные стороны на уровне крестцово-маточных связок. При двурогой матке возрастает риск преждевременных родов и различных патологий беременности – предлежания плаценты, низкого ее размещения, неправильного положения плода. 5)Внутриматочная перегородка- порок развития матки, при котором полость матки разделена на две половины перегородкой различной длины. Женщины с перегородкой в матке в основном страдают не вынашиванием беременности и реже бесплодием. У пациенток с внутриматочной перегородкой отмечают преждевременные роды, нарушения сократительной способности матки в родах, неправильное положение плода. 6)Седловидная матка- порок развития, при котором дно матки оказывается расщепленным в форме седла. Незначительная седловидная деформация дна матки не препятствует наступлению беременности, не осложняет вынашивание плода и роды. При более выраженных изменениях может возникать угроза самопроизвольного прерывания беременности, патология плаценты , поперечное положение плода, тазовое предлежание плода, преждевременные роды. В отсутствии должного наблюдения за женщиной в процессе ведения беременности повышается риск перинатальной смертности. В случаях выраженной деформации дна матки может наблюдаться первичное бесплодие.

Бережная А.В., Тertyшный В.А.
РОБОТОТЕХНИКА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра физической реабилитации и спортивной медицины с курсом
физического воспитания и здоровья
Научный руководитель – Луценко Е. В.

Целью восстановительной медицины является восстановление функциональных резервов организма, повышение уровня здоровья и качества жизни, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности или в результате болезни (на этапе выздоровления или ремиссии), путем применения, преимущественно, немедикаментозных методов. В связи с активным развитием технологий большое применение в этой отрасли медицины нашла робототехника.

Можно выделить несколько групп роботов для восстановительной медицины и реабилитации: первая – активные биоуправляемые протезы, экзоскелетоны; вторая – массажная робототехника; третья – роботы для выполнения активных и пассивных движений конечностей в суставах. Охарактеризуем каждую группу отдельно.

В целом протезирующие устройства можно классифицировать следующим образом: 1. пассивные (простейшие и тяговые); 2. активные (тяговые, миотонические и биоэлектрические). Биоэлектрические в свою очередь подразделяются на протезы без обратных связей и протезы с обратными связями. Развитию биоуправляемых протезов способствовали достижения в области электрофизиологии, биомеханики, микроэлектроники, адаптивных систем управления с обратными связями. В живом организме управляющие воздействия передаются мышцам посредством биоэлектрических импульсов, отражающих команды центральной нервной системы. Подобно этому в протезах верхних конечностей с биоэлектрическим управлением роль командных сигналов выполняют биотоки, отводимые от усеченных мышц

культи. Экзоскелетоны используют для обеспечения движений у пациентов с расстройствами опорно-двигательного аппарата. Составные части экзоскелетона: опорные стойки, башмаки и траверса с шарниром на ее центральной части, в котором вращается вал. Экзоскелетон вмонтирован в одетый на человека комбинезон, с помощью которого траверса закреплена на тазобедренной части. С помощью такого устройства пациенты могут ходить по горизонтальной, или с небольшим наклоном, опорной поверхности, подниматься и спускаться по ступеням, садиться и вставать.

Массажная робототехника предназначена для облегчения работы массажиста. Вибраторы, роллеры, насадки для акупунктуры и акупрессуры относятся к средствам механизации, которые перемещает массажист. Робот также может быть носителем данных средств. Более сложные аппараты – это массажные кресла и столы. С их помощью можно проводить разные виды массажа (разминающий, похлопывающий, поколачивающий, вибрационный, Шиатсу) на различные зоны: шейно-плечевой отдел, спина, поясничный отдел, ягодицы, бедра, голени, ступни. Также можно комбинировать зоны воздействия и виды массажа, таким образом усиливая лечебные эффекты.

Движения конечностей в суставах широко используются в восстановительной медицине и реабилитации. Известность в этой отрасли получил реабилитационный робот «Lokomat». Он обеспечивает движения конечностей в бедренных, коленных и голеностопных суставах. «Lokomat» состоит из четырех приводов для навязывания движений ходьбы и системы разгрузки веса пациента и беговой дорожки. Роботизированная терапия в комплексе «Lokomat» дает возможность проведения интенсивной локомоторной терапии с обратной связью.

Сегодня необходимо стремиться к тому, чтобы профессионализм врачей и высокотехнологичные робототехнические средства сосуществовали и выгодно дополняли друг друга не только в специализированных клиниках и реабилитационных центрах, но и в обычных районных больницах.

Боягина О.Д., Измайлова Л.В., Мовчан Ю.А., Мороз К.Р.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ ПЕРИКАРДА ПРИ
КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека

Нарушения коронарного кровоснабжения являются чаще всего следствием атеросклеротических изменений и приводят к стенозирующим процессам. Однако поражения коронарных артерий атеросклерозом не всегда определяет изменения в сердечной мышце. В определённых случаях стенозирование главных стволов венечных артерий не ведёт к резким нарушениям коронарного кровоснабжения. Возникает несоответствие между двумя процессами: степенью склерозирующего атеросклероза и нарушением питания мышцы сердца. Это явление может быть объяснено теми компенсаторными приспособлениями, которые способны обеспечить более или менее нормальное кровоснабжение миокарда. В этих случаях прежде всего развивается гипертрофия непоражённых коронарных артерий, приобретают большее значение интра- и интеркоронарные анастомозы. Значительная компенсаторная роль при недостаточности кровоснабжения миокарда принадлежит коллатеральному кровоснабжению, которое осуществляется по экстракардиальным анастомозам. При этом особое значение приобретает сосудистая система серозной оболочки сердца, и в частности, её париетальный листок – перикард, по которым устанавливаются связи с коронарными артериями. Из литературных данных известно, что сосуды перикарда

анастомозируют с сосудами миокарда по переходным складкам. Через сосудистую сеть перикарда осуществляется связь сосудов миокарда с сосудами переднего и заднего средостения, с сосудами диафрагмы, бронхиальными сосудами и сосудами пищевода. Наиболее крупным экстракардиальным анастомозом являются перикардо-диафрагмальные артерии, которые являются ветвями внутренних грудных артерий. Они снабжены крупным периартериальным сплетением. Источниками сплетения являются шейные отделы блуждающих, симпатических и диафрагмальных нервов. Таким образом, перевязка внутренних грудных артерий, при которой ожидается улучшение кровоснабжения миокарда по перикардо-диафрагмальным артериям, ведёт за собой и нервно-рефлекторную перестройку, способствующую устранению спазма коронарных артерий. При наличии коронарного атеросклероза резко изменяется архитектура сосудов сердца, при этом развиваются и перестраиваются пути окольного кровотока. Сосудистая система перикарда, как экстракоронарная коллатеральная сеть, также перестраивается и компенсирует до некоторой степени недостаток кровообращения миокарда. Основные сосудистые магистрали, снабжающие перикард – это перикардо-диафрагмальные артерии, залегающие на передне-боковых поверхностях перикарда, вдоль грудных отделов диафрагмальных нервов. Вместе с ними они образуют сосудисто-нервные пучки, расположенные с правой и левой стороны ассиметрично. Правый сосудисто-нервный пучок проходит вблизи или у самого корня лёгкого, а левый располагается впереди от соответствующего корня лёгкого. В следствии этого, территория кровоснабжения и иннервации левым сосудисто-нервным пучком значительно больше, чем правым. Впереди от основных стволов перикардо-диафрагмальных артерий, иногда от внутренних грудных артерий, отходят сосуды, которые вдоль средостенно-перикардиальной складки плевры также направляются к диафрагме. Они анастомозируют с восходящими артериями диафрагмы. По ходу этих сосудов следует довольно крупный нервный ствол. Артерии главные (передне-боковые) и коллатеральные (передние) вместе с бронхиальными, диафрагмальными и пищеводными, а у детей с артериями вилочковой железы образуют густую крупно- и мелкопетлистую сеть перикарда. В поверхностном и коллагеново-эластическом слоях артериальные стволы сопровождаются преимущественно двумя венами. В коллагеново-эластическом слое перикарда большое количество вено-венозных анастомозов.

Такое обилие сосудистых сплетений в различных слоях перикарда играет несомненную роль в окольном кровообращении сердца как компенсаторное сосудистое русло, которое может до некоторой степени улучшить кровоснабжение перикарда.

Боягіна О.Д., Федько К.О., Зінов'єв І.Е., Зікряч В.С.
АНАТОМІЯ ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ
Харківський національний медичний університет,
кафедра анатомії людини

Глотка має унікальний механізм захисту організму від бактерій і вірусів, сукупність шести мигдалин - "кілеце" Вальдейєра-Пирогова. Мигдалини несуть захисну функцію від інфекційних агентів, які потрапляють в глотку при актах дихання і ковтання. Парні - піднебінні і трубні, та непарні - глоткова, або аденоїд, і язична. Головне у будові і функції мигдалин - фолікули, що утворюють лімфоцити і аутоімунні антитіла. Здатність піднебінних мигдалин утворювати антитіла найбільш виражена в період до статевої зрілості. Однак і у дорослих тканина мигдалини може зберігати цю функцію. Зрілі лімфоцити мігрують через лакуни на поверхню мигдалин

і на слизову глотки. Мигдалини мають систему бар'єрів, що дозволяє їм здійснювати і аутоімунну функцію. Слизова оболонка мигдалини - перший бар'єр, при неспроможності якого виникає ангіна. Другий бар'єр - стінка кровоносних судин мигдалини, при його неспроможності в кров потрапляють мікроби або їх токсини, викликаючи метатонзиллярне захворювання. Якщо інфекція проходить третій бар'єр, капсулу мигдалини, утворюється паратонзиллит. Четвертий бар'єр - регіонарні шийні лімфовузли, які збільшуються, коли інфекція потрапляє туди через лімфосудини. При спроможності бар'єрів мигдалини успішно несуть функцію захисту від вище перерахованих захворювань. Піднебінні мигдалини оточені капсулою - щільною сполучнотканинною оболонкою, що покриває мигдалину з латеральної сторони. Глоткова і язична мигдалини капсули не мають. Мигдалини особливо розвинені у дітей. У дорослих мигдалини практично втрачають свою функцію і атрофуються, крім піднебінних мигдалин. Глоткова мигдалина зазнає інволюцію, починаючи з 14-15 років, язична мигдалина максимального розвитку досягає до 20-30 років.

Боягіна О.Д., Якименко Д.С., Рєзнікова А.С.
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТИМУСА
Харківський національний медичний університет,
кафедра анатомії людини
Науковий керівник: Боягіна О.Д.

Тимус, як і кістковий мозок, є центральним органом імуногенезу, від стану та активності якого багато в чому залежить вираженість захисних реакцій всього організму. Видалення тимуса веде до важких порушень імунних функцій. До теперішнього часу з'ясовано, що саме в цьому органі забезпечується імунокомпетентність лімфоцитів, які здійснюють імунний нагляд. Участь тимуса виражається в реакціях проліферації, в диференціюванні та міграції клітин, а також секретії біологічно активних речовин. Тимус розглядається і як «інформаційний центр» імунної системи. В інтегративній антропології соматотип тимуса повинен враховуватися при оцінці загальної конституції і для оцінки статусу імунної системи людини.

Тимус являє собою орган з переважною лівосторонньою асиметрією. У більшості випадків він складається з двох часток в ряді випадків є багаточастковим органом, який складається з 3, 4,5-ти часток, оточених власною капсулою. Однак зустрічається і одночастковий тимус. Форма часток значно варіює. Асиметрія тимуса повинна враховуватися при морфологічних, експериментальних та клінічних дослідженнях для розробки адекватних методів функціональної діагностики, медикаментозної та хірургічної корекції патології органу.

Колір тимуса у дітей сірувато-рожевий, у дорослих - жовтуватий, консистенція органу м'яка. На пофарбованих мікроскопічних зрізах тимуса можна побачити часточки. Кожна часточка складається з коркової і мозкової речовини. Розміри часточок тимуса збільшуються в період народження до пубертатного віку і зменшуються до часу статевої зрілості. Між часточками знаходяться прошарки сполучної тканини, пучки якої відгалужуються від тонкої капсули органу.

При дослідженні тимуса була встановлена закономірність величини залози від віку. У новонародженого маса її приблизно 12 г і продовжує зростати після народження до настання статевої зрілості, досягаючи 35-40 г. У 14-25-річних людей вона становить 25 г у зв'язку з віковою інволюцією. До 60 років вага тимуса знижується до 15 г, а до 70 вона становить близько 6 г. При інволюції елементи залози в значній мірі заміщуються жировою тканиною із збереженням загальних обрисів залози.

Кровопо́стачання залози відбувається за рахунок а. thoracica interna, truncus brachiocephalicus і а. subclavia; відтік крові відбувається через v. brachiocephalica sinistra, а також v. thoracica interna. Численні лімфатичні судини супроводжують кровоносні стовбури і закінчуються в найближчих лімфатичних вузлах середостіння. Іннервація здійснюється від truncus sympathicus і n. vagus, а також від шийних спинномозкових нервів.

Боярский А.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ЗАРАЖЕННОСТЬЮ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ГОРОДЕ ХАРЬКОВЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра микробиологии, иммунологии и вирусологии**

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Габышева Л.С.

Сальмонеллез (salmonellosis) - острая инфекционная болезнь, вызываемая бактериями рода Salmonella (кроме брюшного тифа и паратифов), попадающими в организм человека с пищевыми продуктами животного происхождения. Попадая в организм, сальмонеллы поселяются в тонком кишечнике и выделяют токсин, способствующий потере воды через кишечник, нарушению тонуса сосудов и повреждению нервной системы. Болезнь развивается через 6-72 часа после попадания сальмонелл в организм.

На сегодняшний день в Украине отмечается некоторый рост по группе кишечных инфекций, в первую очередь по сальмонеллезу. Это действительно очень актуальная проблема сейчас, поскольку наибольшее количество групповых заболеваний в нашем государстве констатируется именно по сальмонеллезу. Согласно данным предоставленным главным санитарным врачом города Харькова Ириной Зубковой: «В этом году в Харькове зафиксировано около 39,4 тысячи инфекционных заболеваний - на 29 % меньше, чем в прошлом году. Однако нас беспокоит, что на фоне общего снижения количества инфекционных заболеваний наблюдается рост по сальмонеллезу, - отметила она. - Если по гастроэнтерологическим инфекциям идет снижение 10,2%, а по дизентерии - 4,8%, то по сальмонеллезу - увеличение на 29,4%».

При этом согласно данным статистики высокие показатели заболеваемости определяются, прежде всего, у детей в возрасте до 2 лет, которые находятся и питаются дома, где не всегда соблюдаются все санитарные требования.

Бызов Д.В., Шевченко Е.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ СОСУДИСТЫХ ПРОТЕЗОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА

**Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, Харьков,
Украина**

Научный руководитель: профессор Сандомирский Б.П.

Цель исследования. Изучение возможности использования низких температур и облучения электронами для девитализации ксеногенных артерий.

Материалы и методы. Объектом исследования служили внутригрудные артерии свиней. Сосуды подвергали охлаждению до -196°C и облучению электронами в дозах, обеспечивающих стерилизацию образцов. Исследовали прочностные и морфологические свойства артерий после девитализации, в том числе после ксеногенной трансплантации под кожу и в системный кровоток.

Результаты. После замораживания сосудов отмечаются обширные участки десквамации эндотелия. Последующее облучение электронами вызывает полную девитализацию артерии. Структурная целостность соединительнотканых волокон

сосудистой стенки не нарушается. Прочность девитализированных артерий увеличивается в продольном и радиальном направлениях. После экспериментальной подкожной имплантации обработанных артерий не отмечено каких-либо реакций иммунного воспаления на всех сроках наблюдения. При имплантации в системный кровоток показано адекватное функционирование обработанных сосудов. Тромбогенность и реакции отторжения не наблюдались.

Выводы. Применение низких температур в сочетании с облучением электронами позволяет сохранить морфофункциональные свойства нативных артерий, при этом воздействуя на основные носители иммуногенности – клетки. Предлагаемый метод девитализации позволяет создать полноценно функционирующие биологические сосудистые протезы и может явиться альтернативой при выборе графтов для аорто-коронарного шунтирования.

Гетманская Ю.Н., Косарева А.И.
ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СЕРДЦА
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра анатомии человека

Научный руководитель: проф. Лупырь В.М.

Хотя через сердце протекает огромное количество крови, оно не может усваивать кислород из крови, находящейся в его полостях. Все снабжение сердца артериальной кровью осуществляется через правую и левую коронарные артерии. Левая коронарная артерия начинается из левого заднего синуса Вильсальвы, направляется вниз к передней продольной борозде, оставляя справа от себя легочную артерию, а слева – левое предсердие и окруженное жировой тканью ушко, которое обычно ее прикрывает. Левая коронарная артерия разделяется на две, три, в редких случаях на четыре артерии. Передняя нисходящая артерия является непосредственным продолжением левой коронарной. По передней продольной сердечной борозде она направляется к области верхушки сердца, обычно достигает ее, иногда перегибается через нее и переходит на заднюю поверхность сердца. Правая коронарная артерия начинается в переднем синусе Вильсальвы. Сначала она располагается глубоко в жировой ткани справа от легочной артерии, огибает сердце по правой атриовентрикулярной борозде, переходит на заднюю стенку, достигает задней продольной борозды, а затем в виде задней нисходящей ветви опускается до верхушки сердца. Выделяют три основных типа кровоснабжения миокарда: средний, левый и правый. Отток происходит через вены, собирающиеся в коронарный синус. Венозная кровь в коронарной системе собирается в крупные сосуды, располагающиеся обычно вблизи коронарных артерий. Часть их сливается, образуя крупный венозный канал – коронарный синус. Знания кровоснабжения сердца помогут в диагностике различных заболеваний и предотвращении патологий.

Гончаренко М. Н., Лиманская А.А., Наконечная С.А.
НАНОМЕДИЦИНА И НАНОХИМИЯ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра медицинской и биоорганической химии
Научный руководитель: проф. каф. Сырвая А.О.

На современном этапе научно-технического прогресса нанотехнологии неуклонно расширяют горизонты своего применения в различных областях науки и техники, в том числе активно внедряются в сферу профилактики, диагностики и лечения

заболеваний, тем самым формируя новое направление в области медицины – наномедицину. Концепция этого направления начала формироваться еще в середине XX в., когда американский физик, лауреат Нобелевской премии Ричард Фейнман в своей лекции «Там, внизу, много места» обосновал основные принципы использования нанотехнологий в медицине, предсказав неизбежность перехода медицинских технологий от макроуровня к микроуровню и далее вплоть до атомарного уровня. На сегодняшний день применение нанотехнологии в медицине осуществляется в трех стратегических направлениях: 1) терапевтические подходы, основанные на применении нанотехнологий, направленные на обеспечение адресной доставки в поврежденные ткани лекарственных препаратов, пролонгации действия лекарств, контроль высвобождения лекарственных веществ и снижение риска их побочных эффектов; 2) диагностические наномедицинские процедуры с возможностью визуализации отдельных патологически измененных клеток и даже молекул, существенно повышая чувствительность и специфичность методов распознавания маркеров заболеваний; 3) использование наноматериалов при изготовлении различных изделий медицинского назначения.

Многочисленные наномедицинские исследования стали основой для разработки нанороботов, методик направленной доставки лекарственных препаратов, совершенствования методов лабораторной диагностики, инструментальных методик (нанобиочипы, атомно-силовая микроскопия, нанобиодатчики), что позволяет персонифицировать диагностику и лечение пациента.

Высокая активность исследовательского процесса и фокусировка ученых на решении конкретных клинических проблем привели к тому, что нанотехнологии стали поступательно развиваться в рамках узкоспециализированных медицинских проблем: в кардиологии (имплантанты, нанолипоблокаторы, сонотромболизис), эндокринологии (нанороботы, осуществляющие контроль уровня гликемии), фармакологии, онкологии, гематологии и трансфузиологии (использование наночастиц (квантовые точки, нанооболочки, коллоидные наночастицы металлов, суперпарамагнитные наночастицы и углеродные наноструктуры) и наноструктур (углеродные нанотрубки, фуллерены), неврологии и нейрохирургии (проводящие углеродные нанотрубки), в травматологии и ортопедии (костная матрица, металлоостеосинтез, регенерация хряща и костной ткани), в офтальмологии (нанопереносчики - наночастицы, дендримеры и липосомы), в лечении инфекционных заболеваний, стоматологии и т.д. Применение нанотехнологий открывает широкие возможности для создания лекарственных средств с заранее заданными свойствами, обладающих прицельным действием на мишени и минимальными токсическими эффектами.

Наиболее значимыми достижениями в области медицины, на наш взгляд, являются: разработка сети из нановолокон, способной одновременно реализовывать как термотерапию, так и химиотерапию раковых новообразований; создание концепции «pH-фореза», позволяющей улучшить доставку лекарств в раковые клетки.

Работы Мартина Карплюсу, Майкла Левитту и Ари Уоршелу были удостоены в 2013 году Нобелевской премии по химии за метод, позволяющий в рамках одной модели совместить классические и квантовые физические принципы. Таким образом, медицина завтрашнего дня неотрывно связана с прогрессом в области нанотехнологий, в том числе нанохимии.

Глущенко С.В., Ковальчук В.Н.

АНАТОМИЯ СТРАХА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека**

Научный руководитель – асс. Мирошниченко А.А.

Страх - первое, что появляется в стрессовой ситуации и движет другими переживаниями и действиями. С точки зрения психологии, страх - отрицательная эмоция, возникающая в результате реальной или воображаемой опасности, угрожающей жизни организма, личности, защищаемым ею ценностям (идеалам, целям, принципам). Но страх имеет также своё анатомическое начало. В недрах головного мозга (в толще височной доли, рядом с ее полюсом) находится структура, определяющая природу страха - миндалевидное тело, миндалина (*corpus amygdaloideum, amygdala*). Миндалевидное тело — подкорковая структура лимбической системы. Нейроны миндалины разнообразны по форме, функциям и нейрохимическим процессам в них. Функции миндалины связаны с обеспечением оборонительного поведения, вегетативными, двигательными, эмоциональными реакциями, мотивацией условнорефлекторного поведения, участием в процессах памяти. Среди ядер миндалины ключевыми являются: базально-латеральный комплекс, центрально-медиальные и корково-медиальные ядра. Если рассматривать патологию миндалевидного тела, то можно обнаружить не мало вопросов, требующих ответа. Например, до недавнего времени считалось, что у пациентов, миндалевидное тело которых оказалось разрушено вследствие болезни Урбаха-Витте, наблюдается полное отсутствие страха. Однако новейшие исследования показали, что испугать таких людей можно, используя для этого ингаляцию воздуха с высоким (35 %) содержанием углекислого газа. Таким образом, изучение природы, формы и функций страха является во многом актуальным и перспективным.

Гончаренко М.М.

МОНІТОРИНГ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

Харківський національний медичний університет, кафедра медичної біології

Науковий керівник: доц. каф., к.мед.н. Мещерякова І.П.

Артеріальна гіпертензія (АГ) являє собою найбільш поширене мультифакторіальне захворювання серцево-судинної системи (ССС) та стає все більш актуальною проблемою в підлітковому віці, що значною мірою пов'язане з неухильним розповсюдженням факторів ризику (ФР) серцево-судинних ускладнень в цій віковій категорії (насамперед ожиріння, дисліпідемій, гіподинамії та шкідливих звичок). Тому рання діагностика АГ у школярів, моніторинг ФР та їх модифікація є базовими профілактичними заходами уповільнення патологічного процесу та запобігання виникненню кардіо-васкулярних ускладнень.

Мета роботи. Проаналізувати розповсюдженість ФР кардіо-васкулярної патології та функціональний стан СССР у учнів середньої та старшої школи, й дослідити їх динаміку по мірі дорослішання підлітків задія обґрунтування комплексу профілактичних заходів.

Результати. Встановлено, що найвищі показники індексу маси тіла (ІМТ) та тенденція до зростання АТ більш виражені в старшій віковій групі (переважно у дівчат). По мірі дорослішання у 20% обстежених спостерігалось зростання метаболічного дисбалансу (збільшилась група осіб із преожирінням). Протягом року у 8 учнів з ІМТ більш 25 виявлено прегіпертензію, у 5 учнів з ожирінням 1 ст.

встановлено АГ 1 ступеню. В групі дітей із підвищеним кардіо–васкулярним ризиком встановлено зниження функціонального резерву серця й низька витривалість до фізичних навантажень; виявлено найбільш високу поширеність поведінкових факторів ризику. Знайдені закономірності дозволили сформулювати практичні рекомендації щодо корекції способу життя школярів.

Гончаренко М.Н., Лиманская А.А., Наконечная С.А.
НАНОМЕДИЦИНА И НАНОХИМИЯ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской и биорганической химии
Научный руководитель: проф. Сырочая А.О.

На современном этапе научно-технического прогресса нанотехнологии неуклонно расширяют горизонты своего применения в различных областях науки и техники, в том числе активно внедряются в сферу профилактики, диагностики и лечения заболеваний, тем самым формируя новое направление в области медицины – наномедицину. Концепция этого направления начала формироваться еще в середине XX в., когда американский физик, лауреат Нобелевской премии Ричард Фейнман в своей лекции «Там, внизу, много места» обосновал основные принципы использования нанотехнологий в медицине, предсказав неизбежность перехода медицинских технологий от макроуровня к микроуровню и далее вплоть до атомарного уровня. На сегодняшний день применение нанотехнологии в медицине осуществляется в трех стратегических направлениях: 1) терапевтические подходы, основанные на применении нанотехнологий, направленные на обеспечение адресной доставки в поврежденные ткани лекарственных препаратов, пролонгации действия лекарств, контроль высвобождения лекарственных веществ и снижение риска их побочных эффектов; 2) диагностические наномедицинские процедуры с возможностью визуализации отдельных патологически измененных клеток и даже молекул, существенно повышая чувствительность и специфичность методов распознавания маркеров заболеваний; 3) использование наноматериалов при изготовления различных изделий медицинского назначения.

Многочисленные наномедицинские исследования стали основой для разработки нанороботов, методик направленной доставки лекарственных препаратов, совершенствования методов лабораторной диагностики, инструментальных методик (нанобиочипы, атомно-силовая микроскопия, нанобиодатчики), что позволяет персонифицировать диагностику и лечение пациента.

Высокая активность исследовательского процесса и фокусировка ученых на решении конкретных клинических проблем привели к тому, что нанотехнологии стали поступательно развиваться в рамках узкоспециализированных медицинских проблем: в кардиологии (имплантаты, нанолипоблокаторы, сонотромболизис), эндокринологии (нанороботы, осуществляющие контроль уровня гликемии), фармакологии, онкологии, гематологии и трансфузиологии (использование наночастиц (квантовые точки, нанооболочки, коллоидные наночастицы металлов, суперпарамагнитные наночастицы и углеродные наноструктуры) и наноструктур (углеродные нанотрубки, фуллерены), неврологии и нейрохирургии (проводящие углеродные нанотрубки), в травматологии и ортопедии (костная матрица, металлоостеосинтез, регенерация хряща и костной ткани), в офтальмологии (нанопереносчики - наночастицы, дендримеры и липосомы), в лечении инфекционных заболеваний, стоматологии и т.д. Применение нанотехнологий открывает широкие возможности для

создания лекарственных средств с заранее заданными свойствами, обладающих прицельным действием на мишени и минимальными токсическими эффектами.

Наиболее значимыми достижениями в области медицины, на наш взгляд, являются: разработка сети из нановолокон, способной одновременно реализовывать как термотерапию, так и химиотерапию раковых новообразований; создание концепции «pH-фореза», позволяющей улучшить доставку лекарств в раковые клетки. Работы Мартина Карплюсу, Майкла Левитту и Ари Уоршелу были удостоены в 2013 году Нобелевской премии по химии за метод, позволяющий в рамках одной модели совместить классические и квантовые физические принципы. Таким образом, медицина завтрашнего дня неотрывно связана с прогрессом в области нанотехнологий, в том числе нанохимии.

Гузієнко К.С., Кайда Н.С.

ОСОБЛИВОСТІ СОСОЧКОВОГО РЕЛЬ'ЄФУ ШКІРИ СТОП ЛЮДИНИ

Харківський національний медичний університет

кафедра гістології, цитології та ембріології

Науковий керівник: Панасенко В.А.

Сосочковий шар шкіри — це шар дерми, утворений пухкою волокнистою сполучною тканиною і розташований безпосередньо під епідермісом.

Мета дослідження: вивчити особливості сосочкового рельєфу в області п'яти шкіри стоп людини.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження виконано на секційному матеріалі від декілька трупів людей. Секційний матеріал піддавався фіксації 10% розчином формаліну, з подальшим проведенням по спиртам за загальноприйнятою методикою і забарвлювався стандартно гематоксиліном і еозином. Потім препарати піддавалися кількісному аналізу за допомогою стандартних методів морфометрії по Г.Г. Автанділову.

Результати. За нашими даними в області п'яти шкіри стоп людини зустрічаються наступні три типи сосочків: дуже високі (вузькі і загострені), середньої висоти (широкі), а також невисокі закруглені сосочки. Висота перших становить близько 350 мкм, других — 200 мкм, третіх — близько 85 мкм.

Висновок. Будова шкірних покривів стопи людини, і зокрема сосочкового рельєфу дерми, залежить від області їх розташування. За даними літератури, висота сосочків дерми корелює з тими біомеханічними умовами функціонування, які притаманні даній ділянці шкіри. Тобто чим вище висота сосочків, тим більшу рецептивну навантаженість несуть дані шари дерми, чим нижче — тим більш значущими стають опорно-механічно-трофічні властивості зазначеного шару.

Гуйван И.В.

СОСУДИСТЫЙ КЛАПАННЫЙ ГОМОГРАФТ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра анатомии человека

Руководитель: асс. Карпак Т.Ф.

Сосудистый клапанный гомографт - имплантируемый протез, который полностью или частично состоит из неживых, специально обработанных тканей человека, включающих сердечные клапаны. Используются в сердечно-сосудистой хирургии в качестве пластического материала для замены клапанов сердца и/или фрагментов сосудов и/или шунтирования сосудов сердечно-сосудистой системы, для коррекции врожденных и приобретенных пороков сердца. Клапан лёгочной артерии (пульмональный) часто используется у детей с врождёнными пороками сердца, в то

время как аортальный - при разрушении аортального клапана при воспалительном процессе для его замены. Срок нормального функционирования гомографта в аортальной позиции в среднем 10-15 лет.

Преимуществами клапанных гомографтов являются: оптимальные гемодинамические показатели; естественное функционирование соединительно - тканых структур, окружающих гомографт; отсутствие необходимости приема антикоагулянтов; повышенная резистентность к инфекции; возможность использования у детей, включая новорожденных.

Недостатки: ограниченная доступность (материалом для изготовления являются тканевые компоненты, полученные после смерти человека); каждое изделие является уникальным.

Дзюба С.О.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АУТОИМУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской биологии**

Научный руководитель: Адейшвили-Сыромятникова М. К.

Аутоиммунные заболевания - заболевания, развивающиеся вследствие патологической выработки аутоиммунных антител или размножения аутоагрессивных клонов киллерных клеток против здоровых, нормальных тканей организма.

Продукция патологических антител или патологических киллерных клеток может быть связана с инфицирования организма таким инфекционным агентом, антигенный детерминанты (эпитопы) важнейших белков которого напоминают антигенный детерминанты нормальных тканей организма хозяина. Аутоиммунная реакция может быть также связана с вызванной инфекционным агентом деструкции или некрозом тканей, или конфигурацией их антигенное структуры так, что патологический измененная ткань становится иммуногенной для организма хозяина. Именно по такому механизму развивается аутоиммунный хронический активный гепатит после перенесенного гепатита В.

Третья возможная причина аутоиммунной реакции - нарушение целостности тканевых (гисто-гематических) барьеров, в норме отделяющий некоторые органы и ткани от крови и, соответственно, от иммунное агрессии лимфоцитов хозяина. При этом, поскольку в норме антигены ЭТИХ тканей в кровь вообще НЕ попадают, тимус в норме не производит негативной селекции (уничтожения) аутоагрессивных лимфоцитов против ЭТИХ тканей.

Дроворуб В.О.

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ОСВІТНІХ ФАКТОРІВ НА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН УЧНІВ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОЇ ШКОЛИ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра анатомії людини**

Научний керівник асс. Сазонова О.М.

Вивчення стану здоров'я організованих дитячих колективів є надзвичайно важливим для обґрунтування профілактичних заходів і зміцнення здоров'я дітей та підлітків. Відсутність на сьогоднішній день комплексних досліджень з оцінки формування стану здоров'я учнів шкіл обумовила актуальність цього дослідження.

Для дослідження був обраний однорідний дитячо-підлітковий колектив навчального закладу. Кількість обстежених – 57 учнів 9-11-х класів. Вивчення стану здоров'я учнів оцінювалася за результатами вивчення їх фізичного розвитку,

функціонального стану основних систем організму серцево-судинної, дихальної, м'язової. Дослідження серцево-судинної системи показало, що при виконанні фізичного навантаження достовірні зміни зустрічаються у всіх статеві-вікових групах при вимірюванні систолічного об'єму крові, хвилинному об'єму крові, говорить про лабільності серцево-судинної системи у відповідь на фізичні навантаження і розвиток компенсаторної реакції за рахунок розвитку тахікардії.

Вивчення стану дихальної та м'язової систем дозволяють встановити, що життєва ємкість легень вище у підлітків 15 і 16 років. Динамічні зміни показників м'язової сили у школярів показують розвиток їх у підлітків, що вказує на достатній розвиток мускулатури. М'язова сила у всіх статеві-вікових групах відповідає стандартним показникам

Зикрач В. С., Лукьянова Л. В.

АЛКОГОЛЬ И ДОПИНГОВЫЙ КОНТРОЛЬ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской и биоорганической химии, Харьков, Украина**

Научный руководитель – проф. Сырвая А. О.

Термин допинг (от англ. doping, от англ. dore – давать наркотики) употребляется в спорте не только по отношению к наркотическим веществам, но к любым веществам природного или синтетического происхождения, позволяющим в результате их приема добиться улучшения спортивных результатов. Такие вещества могут резко поднимать на короткое время активность нервной, эндокринной систем, усиливать мышечную силу; к ним также относятся препараты, стимулирующие синтез мышечных белков после воздействия нагрузок на мышцы.

Этиловый (винный) спирт (C_2H_5OH) известен человечеству на протяжении тысячелетий. В быту люди нередко употребляют алкоголь, рассчитывая на то, что он окажет действие своеобразного допинга. Борьба с употреблением допинга ведется ещё и потому, что рекорды даются ценой здоровья и жизни спортсменов. Единственный плюс, это то, что он может помочь бороться со стрессом, волнением. Но есть много минусов: употребление алкоголя снижает внимание, ухудшает выносливость, реакцию, что непростительно в спорте.

За злоупотребление алкоголем в спорте были дисквалифицированы американские бейсболисты Д. Нью-комб (1966), Р. Дюрэн (1968), Дж. Канделария (1987) и Р. Доби (1988), американские хоккеисты Д. Хантер и М. Фрисер (1986), американские футболисты К. Кей (1986), С. Джордан, Х. Джонс, Т. Крамер и И. Холт (1987), боксер Л. Аквино (1988), игрок в гольф Б. Израэльсон (1988), прыгун в воду Б. Кимбол (1988) и другие спортсмены. Известен случай, когда в 1985 г. в состоянии алкогольного опьянения скончался хоккеист П. Линдерх.

В настоящее время алкоголь запрещен только на соревнованиях в следующих видах спорта: аэронавтика, боулинг, каратэ, стрельба из лука, современное пятиборье, автомобильный спорт, мотоспорт, водный моторный спорт. Спортивная деятельность включает практически все виды физической работоспособности как динамической, так и статической. В игровых видах (футбол, баскетбол, регби, бейсбол, хоккей с мячом и с шайбой, гольф и др.) последствиями могут стать потеря сознания, токсические эффекты, летальные исходы, в сложнокоординационных видах спорта (прыжки в высоту, прыжки в воду, фигурное катание, гимнастика, фехтование и др.) – алкоголизм, в единоборствах (все виды борьбы, бокс, восточные единоборства) – токсические эффекты, потеря сознания, алкоголизм. Употребление спиртного в качестве такого бодрящего средства чревато проблемами. Общеизвестно, что

алкоголь влияет не только на мозг, но и на печень, на почки, поэтому разрушение идет тотальное, по всему организму. Кроме того, если увеличить дозу, алкоголь уже не подстегнет, а наоборот затормозит мозговую активность. В отличие от допинга, который повышает возможности организма, обостряет восприятие, активизирует деятельность, умножает силы, алкоголь создает лишь иллюзию всего этого. На самом деле он обезоруживает человека – замедляет реакцию, снижает точность действий, нарушает координацию. Спирт этиловый – типичное наркотическое средство. Бытует мнение, что рюмка коньяка повышает тонус, мобилизует силы человека. Но, во-первых, это ее положительное действие весьма кратковременно – очень скоро приходится расплачиваться резким спадом сил. Во-вторых, та самая раскоординация, пусть незначительная, незаметная, неминуемо наступает.

В заключение можно лишь сказать: употребление спиртных напитков и спорт – вещи несовместимые: «...лед и пламя также различны меж собой, как алкоголь и спорт».

Зиновьев И.Э., Федько К.О., Лукьянова Л.В., Бачинский Р.О.
ВЛИЯНИЕ НИТРОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ
И ИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПОЗИЦИЙ НА ЦЕНТРАЛЬНЫЙ
КОМПОНЕНТ БОЛЕВОЙ РЕАКЦИИ КРЫС

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской и биоорганической химии
Научный руководитель: проф. Сыровая А. О.

Цель исследования – изучить влияние нитрогенсодержащих органических соединений (кофеина и парацетамола) и их фармакологической композиции на центральный компонент болевой реакции у крыс.

Противоболевое действие исследуемых лекарственных средств и их композиций было изучено на белых крысах обоего пола линии WAG массой 210–230 г по суммационно-пороговому показателю (СПП), отражающему функциональное состояние ЦНС. СПП определяли по критерию безусловно-рефлекторной двигательной реакции животных в ответ на электрораздражение частотой 2 импульса в секунду при увеличении напряжения 1 В в секунду по С. В. Сперанскому. С этой целью использовали импульсный стимулятор. Животные были разделены на 4 группы по 6 животных в каждой. Животные 1-ой группы были контролем – им однократно внутрижелудочно (в/ж) вводили 3 % крахмальную слизь (2 мл на 200 г крысы). Животным 2-ой – 4-ой групп однократно в/ж в виде суспензии на 3 % крахмальной слизи вводили исследуемые лекарственные средства и их композиции: животным 2-ой группы – кофеин (0,6 мг/кг), 3-ей группы – парацетамол (30 мг/кг), 4-ой группы – комбинацию парацетамола (30 мг/кг) с кофеином (0,6 мг/кг). СПП определяли в начале опыта (исходный порог болевой чувствительности) и затем через 30, 60 и 90 минут после введения суспензий исследуемых веществ и их композиций.

Анализ результатов исследования центрального звена аналгетической активности указывает на то, что при моноведении лекарственных средств как кофеина, так и парацетамола отмечалось достоверное уменьшение суммационной способности ЦНС у исследуемых животных в сравнении с контрольной группой и с исходным фоном через 30, 60 и 90 минут, что свидетельствует о центральном механизме противоболевого действия исследуемых препаратов. При моноведении кофеина аналгетическая активность на протяжении опыта по сравнению с контрольной группой уменьшалась: через 30 минут она достигала 36,79 %, через 60

минут – 32,76 % и через 90 минут – 16,96 %. При монноведении парацетамола анальгетическая активность на протяжении опыта увеличивалась по сравнению с контролем: через 30 минут этот показатель достигал 11,21 %, через 60 и 90 минут – 14,45 % и 20,89 % соответственно. При введении фармакологической композиции парацетамола с кофеином также на протяжении практически всего опыта наблюдалось достоверное уменьшение суммационной способности ЦНС у крыс, как в сравнении с контрольной группой, так и в сравнении с моновведением парацетамола: показатель анальгетической активности через 60 минут составлял 26,67 % и через 90 минут – 42,83 %. То есть, анализ сравнительной характеристики исследований центрального звена противоболевой активности по показателю СПП при моновведении парацетамола и при введении его фармакологической композиций с кофеином свидетельствует о том, что кофеин потенцирует анальгетическую активность парацетамола. Таким образом, анализ результатов проведенных исследований по изучению центрального звена противоболевой активности указывает на то, что как при моновведениях кофеина и парацетамола, так и при введении их фармакологической композиции отмечалось достоверное уменьшение суммационной способности ЦНС лабораторных животных сравнительно с группой контроля и с исходным фоном, что свидетельствует о центральном механизме противоболевого действия, как исследуемых лекарственных средств, так и их фармакологической композиции.

Фармакологическая композиция кофеина и парацетамола целесообразна в связи с тем, что кофеин потенцирует анальгетическую активность парацетамола.

Ивахненко Д.А., Березняков А.А., Наконечная С.А.
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НАНОБИОФОТОНИКИ. ПЕРСПЕКТИВЫ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПТИЧЕСКИХ НАНОБИОСЕНСОРОВ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской и биоорганической химии
Научный руководитель: проф. Сыровая А.О.

Современную науку характеризует постепенный переход от изучения объектов на макроуровне к изучению свойств нанообъектов на уровне единичных молекул. Биосенсоры — широкий класс устройств, призванных измерять наличие или концентрацию биологических молекул, структур или микроорганизмов, преобразуя биохимическое взаимодействие на поверхности образца в физический сигнал, измеряемый далее при помощи традиционных методов.

Создание оптических биосенсоров с высокой чувствительностью и разрешением для обнаружения и количественного анализа химических и биологически активных веществ одна из актуальных задач, связанная с необходимостью контроля биологических процессов, анализа эффективности лекарственных средств и мониторинга окружающей среды. Огромное значение имеют биосенсоры в медицине. Благодаря им снижается риск ошибок при постановке диагноза, а также уменьшаются затраты. Диагностика с помощью биосенсоров позволяет врачам-терапевтам проводить анализы непосредственно в их кабинетах, не прибегая к услугам лабораторий. В настоящее время уже используются следующие разработки: «Лаборатория на чипе» - это миниатюрная система, позволяющая осуществлять сотни и тысячи биохимических реакций, включая стадии разделения, концентрирования, смешивания промежуточных продуктов, перемещения их в различные реакционные микрокамеры и одновременного считывания конечных результатов с целью

диагностики заболевания; оптический пинцет является одним из способов захвата и перемещения нанометровых структур в трехмерном пространстве; наноскопия позволяет изучать многофакторные процессы в живой клетке и многоклеточном организме; метод биофотонной визуализации, дающий возможность в реальном времени осуществлять мониторинг изменений, происходящих с молекулами в процессе апоптоза. Перспективным считают использование фотонно-кристаллических волноводов, которые позволят в будущем существенно расширить возможности традиционных оптоволоконных нанобиосенсоров. Преимущества: защищенность от воздействия электромагнитных полей; высокую чувствительность; воспроизводимость и широкий динамический диапазон измерений; малое время отклика на изменение измеряемой величины.

Разрабатываются наномасштабные биосенсоры глюкозы, которые способны оптическим путем зарегистрировать наличие сахарного диабета. Если биосенсор соединить с миниинсулином так, чтобы он при необходимости автоматически вводил инсулин, то больной получит фактически автоматическую поджелудочную железу. Такой тонкий контроль позволит снизить вторичные эффекты диабета, например повреждения глаз и почек, которые возникают у некоторых больных в результате резких увеличений концентрации инсулина при инъекциях.

Квасова П.А.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра физической реабилитации и спортивной медицины
научный руководитель: доцент к.мед. наук Кириченко М.П.**

Актуальность темы: Лица с ограниченными возможностями – инвалиды длительное время вынуждены сохранять покой. Это отрицательно сказывается на общем мышечном тонусе, эти люди становятся вялыми, а настроение у них – угнетенное. Недогруженные в физическом смысле мышцы ослабевают, формируется неправильная осанка. Вовлечение в патологический процесс каркаса грудной клетки отражается на состоянии дыхания. При наличии у этих лиц хронических заболеваний бронхов (ХЗБ), указанные явления способствуют развитию нарушений функции внешнего дыхания. С другой стороны, хронический воспалительный процесс в бронхо-легочной системе считается фактором поддерживающим прогрессирование деформационно-дистрофических поражений грудного отдела позвоночного столба. Лекарственная терапия хронических заболеваний бронхов не всегда эффективна, а в случаях с различными нарушениями осанки – не патогенетична. Это дает основание для применения немедикаментозных методов в лечении и реабилитации больных ХЗБ.

Цель исследования: Разработка новых подходов к реабилитации лиц с ограниченными возможностями, имеющими ХЗБ с различными нарушениями осанки.

Материалы и методы исследования: В отделении восстановительного лечения на кафедре физической реабилитации и спортивной медицины Харьковского национального медицинского университета методы немедикаментозного лечения и реабилитации нашли широкое применение. К ним относятся: дыхательная кинезотерапия, лечебная гимнастика с корригирующими и симметричными упражнениями, йога-терапия, релаксационная гимнастика, лечебное плавание. Курс восстановительного лечения продолжительностью две недели получали пациенты в возрасте тридцати – шестидесяти двух лет. У многих больных с ХЗБ обнаруживалась ригидность грудной клетки.

Результаты и их обсуждение: Устранение вынужденной деформации грудной клетки приводило к увеличению экскурсий грудной клетки, создавая подходящие условия для улучшения дренажной функции бронхов средствами лечебной физкультуры. Достигнутый регресс вентиляционных нарушений наряду с явным восстановлением правильной осанки являлись основой положительных изменений психоэмоционального статуса пациентов. В процессе лечебно-реабилитационных мероприятий наблюдалось урежение приступов нарушения дыхания и уменьшение степени их тяжести. У большинства больных состояние улучшалось за счет возрастания глубины дыхания при уменьшении его частоты, увеличивалась жизненная емкость легких. Воздействие систематических мышечных нагрузок проявляется не только повышением потенциальных возможностей органов дыхания, но и в особенностях адаптации всего организма к функциональным потребностям, например, выполнения домашне-бытовой работы. Это важно для лиц с ограниченными возможностями.

Вывод: На эффективность восстановительного лечения и реабилитации этой категории больных оказывает влияние рациональное сочетание и подбор терапевтических средств и реабилитационных мероприятий, включая санаторно - курортный этап.

Коваленко С.А.

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ДЛЯ КЛОНУВАННЯ ТКАНИН ТА ОРГАНІВ

**Харківський національний медичний університет
кафедра гістології, цитології та ембріології**

Науковий керівник: Ключко Н.І.

Стовбурові клітини («stemsells») – неспеціалізовані клітини, здатні до необмеженого поділ, що дають початок новим клітинам при формуванні тканини і в процесі їхнього відновлення. Здатність стовбурових клітин відтворюватись і продукувати клітини будь-якого типу дає невичерпані можливості для терапії. Незважаючи на те, що технології широкого застосування стовбурових клітин наразі не розроблені, деякі невиліковні хвороби уже нині лікують за їх використанням.

Відкриття стовбурових клітин у ХХ столітті вважають однією з трьох найважливіших подій у біології, поряд із визначенням ДНК і розшифруванням геному людини. У людському організмі понад 200 типів клітин, які призначені для виконання певних функцій. Деякі з них розраховані на функціонування протягом всього життя людини, деякі здатні оновлюватися. За оновлення клітин відповідають саме стовбурові клітини. Вони слугують постійним джерелом спеціалізованих клітин, що замінюють старі чи пошкоджені. Тривалий час вважалось, що стовбурові клітини містять лише певні види тканин такі, як кровотворна, але ці тези спростувало відкриття стовбурових клітин майже для всіх тканин організму. Нещодавно у галузі дослідження стовбурових клітин стався ще один переворот: вчені довели, що навіть остаточно спеціалізовані клітини під впливом певних факторів транскрипції, що здійснюють перенесення інформації з ДНК здатні змінювати спеціалізацію. Це відкриває додаткові можливості для регенеративної медицини.

Під час 61-ої зустрічі Нобелівських кандидатів вчені Олівер Смітс та Сер Мартін Еванс дослідили, що завдяки специфічним генетичним маніпуляціям на стадії ембріона можливий розвиток організму з певною мутацією. Звісно, розроблена технологія дає можливості вносити в організм як пошкоджений ген для вивчення хвороби, так і ген без мутації для лікування. Але із стовбурових клітин і без генних маніпуляцій можна отримати ту чи іншу тканину і використовувати в медицині.

Вчені встигли вже добре оволодіти технологіями роботи зі стовбуровими клітинами в лабораторії, починаючи від виділення таких клітин і закінчуючи отриманням з них конкретних типів нащадків — нервових, м'язових та інших потрібних дослідникам. Однак контролювати поведінку стовбурових клітин в лабораторних умовах — це одне, а ось в організмі пацієнта — це набагато складніше. При цьому слід чітко усвідомлювати, що здатність стовбурових клітин давати будь-який тип нащадків може становити і загрозу для пацієнта. Стовбурові клітини, трансплантовані у мозок можуть так само перетворитися у кісткову клітину, що є надзвичайно небезпечно. При цьому інша надзвичайна властивість стовбурових клітин — здатність реплікувати себе без втрати властивостей — також потенційно небезпечно: при неконтрольованій реплікації в організмі такі клітини можуть створити пухлину. Стовбурові клітини можна використовувати в разі тяжкої травми або хвороби, коли спеціалізовані клітини організму не можуть бути відновлені природними процесами. Цей процес схожий із трансплантацією, але замість органів — пересаджені клітини. Оскільки у випадку трансплантації існує проблема нестачі донорів, тоді як стовбурові клітини можуть виробити здорові органи.

Ковальковский Е.В., Кругляк В.А.

ВЛИЯНИЕ РЕЧЕВЫХ НАВЫКОВ И ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ НА РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека**

Научный руководитель – Витриченко Е.Е.

Речь — исключительно человеческая функция, являющаяся орудием мышления, интеллектуальной деятельности, средством общения. Это часть второй сигнальной системы. Поля, связанные с речью, присущи только коре головного мозга человека.

Функция речи филогенетически самая молодая, кора растет по периферии, то наиболее поверхностные слои имеют отношение ко второй сигнальной системе. Эти слои состоят из большого числа нервных клеток с короткими отростками, где создается возможность проявления неограниченной синаптической функции и широких ассоциаций. Параллельно развитию речи в коре формировалась система, обеспечивающая сочетания движений речевой мускулатуры, производящих звуки, слоги, слова. Головной мозг увеличивается за счет роста длины связей и миелинизации нервных волокон. Утяжеление мозга идет за счет роста величины нервных клеток. Число их остается неизменным, так как нейроны вошли в G0 фазу. Растут нервные волокна — дендриты. Если бы дендриты не росли, мы не могли бы ничего усваивать. Нервные волокна покрываются белой мягкой оболочкой — миелинизируются. Это необходимо для проводимости волокна. Постепенно развитие миелиновых оболочек происходит во всех отделах мозга, благодаря чему устанавливается связь между различными центрами и развивается интеллект. Наружные слои мозговой коры миелинизируются окончательно лишь к 45 годам жизни. Но основная миелинизация нервных волокон, расположение слоев коры, дифференцирование нервных клеток завершаются к 3 годам. Последующее развитие головного мозга связано с увеличением количества ассоциативных волокон и образованием новых нервных связей дендритами и синапсами между ними.

Если мы осваиваем какие-то новые знания, впитываем неизвестную ранее нам информацию, то мы это делаем на знакомом нам языке, то есть пользуемся уже существующими связями между нейронами. Другое дело, когда мы начинаем осваивать незнакомые ранее звуки и словосочетания, которые мозг ранее не воспринимал и не пользовался ими. Тут начинается процесс образования новых связей, которые

позволяют нам ориентироваться в совершенно новых звуках и информации. Интенсивное освоение чужих наречий увеличивает объем некоторых структур мозга. Значение имеет не просто активная интеллектуальная деятельность, а именно, изучение чужих наречий. Определенные части мозга увеличиваются в размерах, наблюдается "прирост" верхней височной извилины, гиппокампа, а у самых старательных учащихся рост также наблюдается средней лобной извилины, у испытуемых, которые владели двумя языками, была повышена плотность коры в области нижней части теменной доли.

Изучение иностранных языков «тренирует» мозг и является эффективным способом профилактики слабоумия, а также: •улучшает способности к планированию и решению задач; •улучшает внимание, память, мышление; • пожилые люди менее подвержены ухудшению памяти.

В общем, улучшение речевых навыков и изучение иностранных языков способствует развитию мозга за счет дендритизации и миелинизации определенных структур в головном мозге.

Козыренко О.Ю.

3D-ПРИНТЕР И МЕДИЦИНА

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель: асс. Бабій Л.М.

3D принтеры позволяют хирургам быстро производить недорогие 3D модели для получения информации, что сокращает время операции, улучшает коммуникацию между пациентом и врачом и ускоряет выздоровление больного. Благодаря искусственным органам, можно было бы не только облегчить страдания пациентов, но и сохранить человеческие жизни.

3D биопринтер использует тот же принцип действия что и «обычные» 3D принтеры. 3D принтеры работают аналогично с обычными струйными принтерами, но печатают модель в трехмерном виде. Такие принтеры распыляют капельки полимера, которые сплавляются вместе, после чего образуют единую структуру. Таким образом, за каждый проход печатающая головка создает маленькую полимерную линию на объекте. В результате, шаг за шагом, предмет обретает свою окончательную форму. Полости в сложном объекте поддерживаются при помощи «подмостков» из специальных растворимых в воде материалов. Эти подмости вымываются после того как объект будет полностью закончен. Если расположить крошечные участки клеток рядом друг с другом, они начинают как бы «сплавляться» вместе. Были созданы для семерых пациентов мочевые пузыри. Все они до сих пор функционируют.

Процесс создания мочевого пузыря происходил следующим образом. Вначале доктор брал крошечный образец ткани мочевого пузыря пациента (чтобы предотвратить отторжение новосозданного органа иммунной системой). Затем полученные клетки наносились на биологический мочевой пузырь, который представлял собой поддерживающую основу, имеющую форму мочевого пузыря нагретую до температуры человеческого тела. Нанесенные клетки начинали расти и делиться. После 6-8 недель мочевой пузырь был готов для имплантации пациенту.

Преимущество использования биопринтера состоит в том, что для его работы не нужна поддерживающая основа («подмости»). Машина использует стволовые клетки, полученные из костного мозга. Из стволовых клеток можно получить любые другие клетки, используя различные факторы роста. 10-30 тысяч таких клеток формируются в маленькие капельки диаметром 100-500 микрон. Такие капельки хорошо сохраняют свою форму и прекрасно подходят для печати.

Первая печатающая головка фактически выкладывает капельки с клетками в нужном порядке. Вторая головка используется для распыления поддерживающего

основания – гидрогеля на сахарной основе, который не взаимодействует и не прилипает к клеткам. Как только печать закончена, полученную структуру оставляют на один-два дня для того чтобы капли «сплавились» друг с другом. Для создания трубчатых структур, таких как кровяные сосуды, вначале наносится гидрогель (внутри и снаружи будущей структуры). После этого добавляются клетки. Как только сформируется орган, гидрогель снимается с наружной части (как кожура апельсина) и вытягивается из внутренней части, как кусочек веревки.

Созданные при помощи 3D-принтера ткани покрываются полимерной пленкой, которая после полного заживления самостоятельно растворяется. При помощи 3D-принтеров разработали бионическое ухо, которое содержит живые клетки, а также антенну, чувствительную к радиоволнам. Научились создавать небольшие искусственные фрагменты печени, используя для этого 3D принтер. Разрабатывают методику восстановления поврежденных межпозвоночных дисков с помощью 3D принтера. С помощью 3D принтеров печатают многие протезы, причем с учетом индивидуальных особенностей человека.

Колесникова Е.Ю.

СТАРЕНИЕ КАК ЭТАП ОНТОГЕНЕЗА

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра медицинской биологии**

Научный руководитель: Адейшвили-Сыромятникова М.К.

Старение – универсальный и закономерный процесс. Он касается всех уровней жизни: от молекулярных структур до целого организма.

Для наиболее характерных внешних признаков принадлежат: уменьшение роста (0,5-1,0 см за каждые 5 лет после 60), изменение формы тела(сглаживание контуров, усиление кифоза, перераспределение жирового компонента), снижение амплитуды движений грудной клетки, изменение размеров лица, вследствие утраты зубов и редукции альвеолярных отростков челюстей, увеличение объема мозговой части черепа, ширины носа и рта, изменение в структуре кожи(изменение количества сальных желез, толщины эпидермиса).

Для процесса старения характерны изменения в функционировании важных систем организма, особенно регуляторных. В центральной нервной системе наблюдаются структурные (уменьшение массы мозга, размера и плотности нейронов) и функциональные (снижение работоспособности нейронов).

Как начальные процессы онтогенеза, старение происходит неравномерно. Атрофия первичного органа иммунитета тимуса начинается в 13-15 лет, гонад у женщин – в 48-52 года. Нарушения в костной системе начинаются рано, но развиваются достаточно долго. В нервной системе нарушения проявляются не сразу, однако, развиваются очень быстро.

Французский биолог Жорж Бюффон рассчитал, что продолжительность жизни человека должна превышать продолжительность его роста в 6-7 раз и составляет приблизительно 90-100 лет. Все последующие расчеты были близки к этой цифре.

Конарева В.И.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека**

Научный руководитель: асс. Рыженкова И. В.

Орган зрения является весьма чувствительным и одним из важнейших анализаторов в нашем организме. При помощи органа зрения мы воспринимаем

окружающий мир. Глаз обеспечивает получение информации об освещенности предмета, его цвете, форме, величине, расстоянии, на котором он находится от нас, о движении предмета.

Глаза считают вынесенной на периферию частью мозга, потому что в его состав входят рецепторные клетки, которые воспринимают и начинают перерабатывать информацию до того как она попадает в вышележащие отделы анализа, синтеза и переработки информации. Благодаря органу зрения мы воспринимаем 90% информации из окружающего мира, поэтому так важно его изучение.

Глаз расположен в глазнице черепа. Из глазного яблока выходят зрительный нерв, соединяющий его с головным мозгом. Глазное яблоко состоит из внутреннего ядра окружающих его трех оболочек: наружной, средней внутренней. Наружная оболочка — склера, представляет собой жесткую, непрозрачную соединительнотканную капсулу, переходящую спереди в прозрачную роговицу. Под ней находится сосудистая оболочка, которая спереди переходит в ресничное тело, где расположена ресничная мышца, регулирующая кривизну хрусталика, и в радужную оболочку, в центре которой имеется отверстие (зрачок), способное суживаться под влиянием мышц, заложенных в толще радужки. Сосудистая оболочка богата кровеносными сосудами и содержит черный пигментный слой, поглощающий свет. Во внутренней оболочке — сетчатке находятся светочувствительные рецепторы — палочки и колбочки. В них энергия света превращается в процесс возбуждения, который передается по зрительному нерву в затылочную долю коры больших полушарий.

Орган зрения играет важнейшую роль во взаимодействии человека с окружающей внешней средой. Он является парным и подвижным, поэтому восприятие зрительных образов осуществляется объемно, т.е. не только по площади, но и по глубине. Благодаря зрению мы обучаемся многим бытовым и трудовым навыкам, обучаемся выполнению определенных правил поведения.

Косилова О.Ю., Замазий Т.М., Попенко С.А.

ВАКЦИНАЦИЯ – РАДИКАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ

**Харковский национальный медицинский университет,
кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии**

Научный руководитель: проф. Минухин В.В.

В связи с тем, что малярия все еще остается одной из самых распространенных инфекционных болезней тропического климатического пояса актуально стоит вопрос о методах борьбы с заболеванием.

Тот факт, что ежегодно малярией заболевает около 250 млн. людей и умирает 1,5 млн., послужил поводом для разработки методов борьбы с заболеванием. Британская компания GlaxoSmithKline разработала вакцину против малярии, которая получила обозначение "RTS,S" или "Mosquirix", в составе – адъювант QS-21 Stimulon, поражающий спорозоиты плазмодия.

Ученые из Барселонского университета проводили испытания вакцины под названием Mosquirix в Медицинском исследовательском центре Маники. В исследование было включено 214 детей из Мозамбика. Половине из них троекратно — в возрасте 10, 14 и 18 недель вводилась экспериментальная вакцина от малярии. Другой половине по такой же схеме вводилась вакцина от гепатита В. Оценка эффективности вакцинации проводилась спустя три месяца после введения последней дозы препарата. Выяснилось, что в обеих группах частота побочных эффектов была примерно одинаковой. Серьезных побочных явлений, связанных с

введением Mosquirix, обнаружено не было. В то же время в крови детей определялись антитела против малярийного плазмодия. За период наблюдений малярия возникла у 22 детей, получавших Mosquirix, и 46 – получавших вакцину от гепатита В. Таким образом, по данным руководителя исследования Педро Алонсо трехкратное введение вакцины против малярии снижало риск развития заболевания на 65%. В новых испытаниях вакцины участвовало около 15 500 детей из 7 африканских стран. Результаты клинических исследований показали, что спустя 1,5 года после использования вакцины количество случаев инфицирования малярией среди детского населения от 5 месяцев до 1,5 года уменьшилось на 46%, среди младенцев от 6 до 12 недель – на 27%.

Косілова О.Ю., Замазій Т.М., Некрасова Ю.В.
ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ
Харківський національний медичний університет,
кафедра мікробіології, вірусології та імунології
Науковий керівник: проф. Мінухін В.В.

Термін вірусні гепатити об'єднує вірусні захворювання печінки, окрім гепатитів, які викликані цитомегаловірусом, герпесвірусом, вірусом Епштейна-Барра та аденовірусами.

Традиційно для лікування вірусних гепатитів застосовують терапію препаратами, що мають антивірусну активність відносно ДНК-вмісних вірусів. Такими як ацикловір та рибавірін. Серед синтетичних аналогів нуклеозидів використовується тимозид (азидотимідин), ламівудин та фамцикловір. Останні два препарати діють тільки на ДНК-вмісні віруси, в той час як азидотимідин показав високу ефективність проти РНК-вмісних вірусів. Найбільш ефективними та широко застосовуваними засобами лікування вірусних гепатитів є препарати, які, крім безпосередньо антивірусного впливу, стимулюють механізми імунного захисту. Терапія вірусних гепатитів за допомогою інтерферонів вважається найбільш розробленою, проте останнім часом відбувається перегляд традиційних підходів.

Сьогодні в клінічних дослідженнях вивчаються десятки препаратів, безпосередньо блокуючих реплікацію HCV. У 2011 році перші два з них - телапревір і боцепревір - були зареєстровані в США і Європі. Включення інгібіторів протеази HCV в схему противірусної терапії дозволило збільшити частоту стійкої вірусологічної відповіді у первинних пацієнтів в середньому до 70-80%. Доволі непоганих результатів вдалося досягти і у пацієнтів, що не відповіли на попередню стандартну противірусну терапію. На основі результатів рандомізованих клінічних досліджень 3-фазова комбінована терапія пегінтерфероном, рибавіріном та інгібітором протеази була визнана оптимальною схемою противірусної терапії у пацієнтів з генотипом 1 HCV в рекомендаціях Американської асоціації по вивченню хвороб печінки у 2012 р.

Косилова О.Ю., Замазий Т.Н., Стоянова Ю.Д.
ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ НА ФОНЕ ЭТИОТРОПНОЙ
ТЕРАПИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии
Научный руководитель – Минухин В.В.

В истории изучения патологической анатомии и патогенеза перитонита наблюдается возвращение интереса исследователей к данной сложной проблеме, что непосредственно обусловлено очередными новыми достижениями в медицинской науке и клинической практике.

Цель – охарактеризовать морфологические изменения внутренних органов мышей при экспериментально смоделированном перитоните на фоне этиотропной терапии.

Материалы и методы. Воспроизведена экспериментальная модель перитонита на 30 мышах линии BALB/c массой 18–20 г путем внутрибрюшного введения 10 % суспензии стерильных фекалий и штамма *E. coli* ATCC 25922 (5×10^8 микробов на 1 мышь). Проведено 3 серии экспериментов, включая комбинированное лечение гатифлоксацином с коли-протейным бактериофагом (КПБФ) ($n=10$), монотерапию с гатифлоксацином ($n=10$) и без лечения ($n=10$). Материалом для морфологического исследования были фрагменты брюшины и печени экспериментальных животных.

Результаты и обсуждения. Установлено, что при экспериментальном моделировании перитонита у мышей в брюшине и печени происходят структурные изменения, которые по морфологической картине соответствуют сепсису. У мышей со смоделированным перитонитом при внутрибрюшинном введении гатифлоксацина в дозе 0,25 мг/кг 1 раз в сутки в течении первых 5 суток развивались слабо выраженные воспалительные, дистрофические и гемореологические нарушения в брюшине и печени. При экспериментальном перитоните у мышей на фоне лечения гатифлоксацином в дозе 0,25 мг/кг в комбинации с коли-протейным бактериофагом в дозе 0,03 мг/кг 1 раз в сутки в течении до 5 суток в брюшине и печени отмечено ослабление воспалительно – дистрофических изменений и гемореологических нарушений, а также присутствие макрофагов.

Выводы. Данные полученные в эксперименте свидетельствуют о том, что смоделированный у мышей перитонит сопровождается структурными изменениями в брюшине и печени, что является характерным для морфологической картины сепсиса. При сравнительном анализе морфологических изменений в экспериментальной модели перитонита было установлено, что применение гатифлоксацина в комбинации с коли-протейным бактериофагом четко уменьшает степень выраженности воспалительно – дистрофических изменений и гемореологических нарушений в брюшине и печени.

Кочнєва О.В., Мінухіна Д.В., Голованова А.Ю.

ТЕЙХОЄВІ КИСЛОТИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФІЛОКОКА ЯК ЧИННИКИ ІНФЕКЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

Харківський національний медичний університет

кафедра мікробіології, вірусології та імунології

Науковий керівник – проф. Мінухін В.В.

Стафілококові інфекції зазвичай розвиваються у результаті поєднання таких факторів як вірулентність, патогенність бактерій та зниження захисних сил організму. Патогенність збудника позначає його потенційну можливість викликати інфекційний процес. Відомо, що тейхоєві кислоти *Staphylococcus aureus* беруть участь у зв'язуванні бактерій з епітеліальними клітинами слизових оболонок, що визначає їх адгезивні властивості.

Мета роботи – визначити вміст тейхоєвих кислот в клітинах клінічних та референтних штамів *S. aureus*.

Матеріали та методи. В дослідній роботі було використано 55 клінічних штамів виділених від хворих на різні гнійно-запальні інфекції та 4 референтних штами (ATCC 25923) в якості контрольної групи. Екстракцію тейхоєвих кислот клітин *S. aureus* проводили додаванням до змивів агарових культур 10%-ної трихлороцтової кислоти, далі осаджували етанолом та відмивали ацетоном. Вміст тейхоєвих кислот визначали за оптичною щільністю на СФ-46 при довжені хвилі $\lambda = 254$ нм.

Результати дослідження. При визначенні вмісту тейхоевих кислот у клітинах *S.aureus* встановлено достовірну різницю ($p<0,05$) між показниками. Так, середні показники оптичної щільності для клінічних штамів склали $(0,373\pm0,016)$ од. ОЩ, для референтних – $(0,147\pm0,014)$ од. ОЩ.

Висновки. За результатами дослідження встановлено, що вміст тейхоевих кислот не лише видова ознака, а й штамova. Це можливо має вплив на ступінь їх патогенності. В перспективі досліджень визначення взаємозв'язку між вмістом тейхоевих кислот та адгезивними властивостями штамів *S.aureus*.

Кривенко Л. С.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра анатомии человека

Научный руководитель асс. Сазонова О.Н.

Пороки развития женских половых органов составляют 4% среди всех врождённых аномалий развития. Их выявляют у 3,2% женщин репродуктивного возраста. В последние 5 лет отмечено 10кратное увеличение частоты пороков развития половых органов у девочек. Наиболее часто у девочек подросткового возраста выявляют атрезию девственной плевы, аплазию нижних отделов влагалища и удвоение влагалища и матки с частичной или полной аплазией одного из влагалищ (синдром Рокитанского–Кюстера–Майера) и пороки, приводящие к нарушению оттока менструальной крови при функционирующей матке. Частота аплазии влагалища и матки составляет 2 случая на 4000–5000 новорождённых девочек.

Цель работы. Обнаружить частоту встречаемости разных типов аномалий развития влагалища и матки. Провести анализ литературного материала по анатомии и классификации этих пороков.

Материалы и методы. Было обследовано 100 девочек в возрасте от 6 до 18 лет, а также исследовали трупный материал. Для достижения результатов опыта были использованы данные УЗИ и МРТ органов малого таза, лапароскопия.

Результаты исследований. Проведен анализ литературного материала по анатомии и классификации разных типов аномалий развития влагалища и матки. Обнаружено, что среди девочек с гинекологической патологией у 6,5% выявляют аномалии развития влагалища и матки.

Вывод. Выявлено статистику встречаемости разных типов аномалий развития влагалища и матки. Подготовлена рабочая классификация аномалии развития влагалища и матки в соответствии с номенклатурой принятой в англоязычной литературе.

Кулакова К.А.

УЧАСТЬ ЛІМФОЦИТІВ У ТРАНСПЛАНТАЦІЙНОМУ ІМУНІТЕТІ

Харківський національний медичний університет

кафедра гістології, цитології та ембріології

Науковий керівник: Ключко Н.І.

Трансплантаційним імунітетом називають імунну реакцію організму, спрямовану проти чужорідних тканин (трансплантата). Імунна реакція на чужорідні клітини і тканини обумовлена тим, що в їх складі містяться генетично чужі для організму трансплантаційні антигени.

Основними ефекторами трансплантаційного відторгнення є Т-клітини. Розпізнавання трансплантаційних антигенів відбувається або безпосередньо на клітинах трансплантата, або в найближчій (регіональній) лімфоїдній тканині, куди надходить антиген. Антигени головного комплексу гістосумісності (HLA) не тільки

грають основну роль в трансплантаційному імунитеті, а й визначають схильність до того чи іншого захворювання, в тому числі чутливість до інфекційних хвороб.

Трансплантаційні антигени є в багатьох клітинах. Найбільше їх у лімфоїдній тканині, потім у порядку убутання ідуть тканини печінки і легенів, серце, нирки, шлунок, мозок. Антигени HLA відсутні в еритроцитах і жировій тканині. У відповідь на чужорідні трансплантаційні антигени організм відповідає гуморальною і клітинною імунними реакціями. Основну роль в трансплантаційному імунитеті грає клітинна реакція, яка полягає в тому, що Т-лімфоцити-кілери реципієнта, сенсibilізовані антигенами донора, мігрують в пересажену тканину (трансплантат) і спричиняють цитолітичну дію на клітини трансплантата. У результаті клітина гине. Загиблі або пошкоджені клітини трансплантата фагоцитуються макрофагами. Відбувається відторгнення трансплантата. Для пригнічення реакції відторгнення трансплантата застосовують імунодепресанти, які інгібують клітинний поділ і диференціювання.

Макагонова М.В.

ТРАВМАТИЗМ В ГИРЕВОМ СПОРТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра физической реабилитации и спортивной медицины**

Научный руководитель - к.мед.н.Луценко Е.В.

Гиревой спорт - циклический вид спорта, в основе которого лежат подъемы гирь в положении стоя. Это раздел тяжелой атлетики, включающий упражнения для развития мышц всех групп. Тенденция роста обращений к травматологам и спортивным докторам спортсменов-гиревиков связана в первую очередь с популяризацией этого вида спорта и соответственно с увеличением числа занимающихся. В исследовании принимали участие 45 мужчин и 23 женщины на пяти отделениях спортивных баз по подготовке спортсменов гиревиков: ДЮСШ «Волна», ФСТ «Украина», ДЮСШ №16, а также спортсмены ХНАДУ и ХУВВС им.И.Кожедуба. Квалификация спортсменов от 2-го разряда до МС, возраст участников от 18 до 25 лет. Использовался вербально-коммуникативный метод исследования. Мелкие травмы имеют место во всех квалификационных уровнях, но есть тенденция числа их снижения с уровня КМС, что обусловлено более совершенной техникой выполнения специальных упражнений. В то же время количество тяжёлых травм и средней тяжести, напротив, возрастает в группах КМС и МС, что связано с большей нагрузкой на костно-мышечную систему, в частности, на поясничный отдел позвоночного столба, плечевых, локтевых и коленных суставах. Мы выяснили, что основные причины, при которых спортсмены получают травмы: не качественно проведенная разминка, слабая закачка мышц, низкая прочность связок и суставов в юном возрасте, большие нагрузки на дополнительных упражнениях. Для профилактики травматизма рекомендуется: постепенное увеличение веса гири, бег, массаж, плавание, висы на перекладине, вис в упоре на брусьях, жонглирование гирями, растяжка. Данный вид спорта является малотравматичным и позитивно влияет на здоровье занимающихся.

Маслова М.В.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИИ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ СТВОЛА МОЗГА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека**

Научный руководитель: асс. Рыженкова И.В.

Ретикулярная формация (РФ) является самостоятельным структурно-физиологическим образованием ЦНС. Восходящие влияния РФ на кору большого мозга повышают ее тонус, регулируют возбудимость ее нейронов, не изменяя специфику ответов на адекватные раздражения. РФ влияет на функциональное состояние всех сенсорных областей мозга. Она начинается в шейной части спинного мозга между боковыми и задними рогами. В продолговатом мозге значительно увеличивается и располагается между ядрами черепно-мозговых нервов. Ретикулярная формация (лат. rete – сеть) представляет собой совокупность клеток, клеточных скоплений и нервных волокон, расположенных на всем протяжении ствола мозга (продолговатый мозг, мост, средний и промежуточный мозг) и в центральных отделах спинного мозга. Это важный пункт на пути восходящей неспецифической соматосенсорной системы. Соматовисцеральные афференты идут в составе спино-ретикулярного тракта (переднебоковой канатик), а также, возможно, в составе propriospinalных (полисинаптических) путей и соответствующих путей от ядра спинального тройничного тракта. К ретикулярной формации приходят также пути от всех других афферентных черепно-мозговых нервов, т.е. практически от всех органов чувств. Дополнительная афферентация поступает от многих других отделов головного мозга – от моторных и сенсорных областей коры, от таламуса и гипоталамуса. Имеется также множество эфферентных связей – нисходящие к спинному мозгу, и восходящие через неспецифические таламические ядра к коре головного мозга, гипоталамусу и лимбической системе.

Таким образом, ретикулярная формация получает информацию от всех органов чувств, внутренних и других органов, оценивает ее, фильтрует и передает в лимбическую систему и кору большого мозга. Она регулирует уровень возбудимости и тонуса различных отделов центральной нервной системы, включая кору большого мозга, играет важную роль в сознании, мышлении, памяти, восприятии, эмоциях, сне, бодрствовании, вегетативных функциях, целенаправленных движениях, а также в механизмах формирования целостных реакций организма.

Миколаенко В.В. Гирик Я.О.

ЧЕЛОВЕК С КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии

Научный руководитель: асс. Сазонова О.Н.

В современной медицине актуальна проблема сердечно-сосудистых заболеваний. Искусственная электрическая стимуляция сердца представляет собой наличие у больного искусственного водителя ритма сердца, который берет на себя функцию активации сердца с последующим его сокращением и изгнанием крови.

Цель: работа кардиостимулятора в проводящей системе сердца (ПСС).

Материал: сердце – это самовырабатывающий электрический насос. ПСС состоит из двух взаимосвязанных частей: синоатриальной (синусно-предсердной) и атриовентрикулярной (предсердно-желудочковой). Основной "генератор" – это синусовый узел. Далее от синусового узла электрический импульс распределяется по предсердиям, вызывая их сокращение и доходит до атриовентрикулярного узла. Атриовентрикулярный узел одновременно является и "проводами", и "генератором". "Генератором" он становится в тех случаях, когда синусовый узел перестает работать. АВ-узел является "проводами", когда не работает синусовый узел. Далее импульс переходит на следующие "провода".

Результаты: когда синусовый узел не может давать даже 60 импульсов в минуту, возникает тахикардия. Основной задачей кардиостимуляторов является поддержание частоты сердечных сокращений, при брадикардии, или блокаде (непроводимости электрических импульсов).

Выводы: кардиостимуляторы поддерживают частоту сердечных сокращений и самых опасных аритмий - желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков и профилактики внезапной сердечной смерти.

Мирошниченко А.А., Ивахнова К.С
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОЛОГИИ ЛОБНОЙ И ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека

Научный руководитель – проф. Терещенко А.А.

Верхнечелюстная пазуха закладывается у плода 3-х месяцев. У трехмесячного плода уже имеются нижняя, средняя и верхняя носовые раковины, крючковидный отросток решетчатой кости и рудиментарная добавочная раковина. Лобная пазуха у новорожденного уже сформирована к концу первого года, она доходит до нижней части чешуи лобной кости; к шести годам полость достигает величины горошины; в дальнейшем рост полости усиливается ко времени половой зрелости и продолжается до 20 лет.

В нашей работе, в основном, затрагивается вопрос о формах изменчивости, размерах и топографических особенностях верхнечелюстной и лобной пазух. Исследования проводились на высушенных костях. Для этого брались черепа, распилы черепов и отдельные препараты верхнечелюстных и лобных пазух. Всего было изучено 47 препаратов. Пазухи наливались контрастной массой с последующей рентгенографией. На основании визуального изучения материала мы сделали следующие выводы: верхнечелюстные пазухи по форме изменчивости можно разделить на 3 основные группы: кубовидные, пирамидальные и мешковидные; лобные пазухи по форме изменчивости можно разделить также на 3 группы: пазухи, находящиеся в носовой части лобной кости; в носовой части и чешуе лобной кости; пазухи, находящиеся в носовой части, чешуе и глазничной части лобной кости. При рассмотрении пневматизации лобной и верхнечелюстной костей нужно отметить, что она идет параллельно, т.е. на черепе у одного и того же индивидуума лобная и верхнечелюстная пазухи развиты пропорционально.

Момот А.И.
АНАТОМИЧЕСКОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНЕГО
МОЗГА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека

Научный руководитель: асс. Рыженкова И.В.

Средний мозг, mesencephalon, развивается в процессе филогенеза под преимущественным влиянием зрительного рецептора. Средний мозг – образован из среднего мозгового пузыря. Он находится между варолиевым мостом и промежуточным мозгом. Он является у человека наименьшим и наиболее просто устроенным отделом головного мозга, имеет две основные части: крышу, где располагаются подкорковые центры слуха и зрения, и ножки мозга, где преимущественно проходят проводящие пути. Полостью среднего мозга является водопровод мозга. Пластинка крыши состоит из двух верхних, и двух нижних

холмиков , в которых заложены ядра серого вещества. От них берет начало двигательный путь, идущий к клеткам передних рогов спинного мозга. На вертикальном разрезе среднего мозга хорошо видны три его отдела: крыша, покрывка и основание, или собственно ножки мозга. Между покрывкой и основанием находится черное вещество. В покрывке лежат два крупных ядра - красные ядра и ядра ретикулярной формации. Мозговой водопровод окружен центральным серым веществом, в котором лежат ядра III и IV пар черепных нервов. В среднем мозге человека располагаются подкорковые центры зрения и ядра нервов, иннервирующих мышцы глаза; подкорковые слуховые центры; все восходящие и нисходящие проводящие пути, связывающие кору головного мозга со спинным и идущие транзитно через средний мозг; пучки белого вещества, связывающие средний мозг с другими отделами центральной нервной системы. Таким образом, средний мозг регулирует тонус мышц, участвует в его распределении, что является необходимым условием для координированных движений. Средний мозг обеспечивает регуляцию ряда вегетативных функций организма (жевание, глотание, давление крови, дыхание).

Нарышкина Я.В.

МОЗЖЕЧОК. ЕГО СТРОЕНИЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека**

Научный руководитель-ассистент - Рыженкова И.В.

Большой интерес для исследования представляет мозжечок, развитие которого зависит от характера движений. Мозжечок является центральным органом равновесия

Мозжечок массой около 120-160 грамм располагается в задней черепной ямке, дорсальнее от моста и от верхней части продолговатого мозга. Две выпуклые поверхности мозжечка - верхняя и нижняя - разделены его поперечным задним краем, под которым проходит глубокая горизонтальная щель. В мозжечке различают два полушария и непарную срединную часть-червь. А также переднюю, заднюю и клочково - узелковую доли, отделены более глубокими щелями.

Выделяют следующие пороки развития мозжечка; гипоплазия, как результат недоразвития органа, проявляющийся дефицитом массы и уменьшением его размера, и дисплазии, аномалии структур тканей, нарушение гистогенеза

Актуальной проблемой является изучение морфологии мозжечка, его популяционные, возрастные, соматотипические и краниотипические особенности. Мозжечек среди всех структур ЦНС имеет наиболее сложную пространственную конфигурацию. В последние годы возрос интерес к исследованиям закономерностей индивидуальной изменчивости мозжечка в связи с применением цифровых технологий в морфометрии и програмных методов обработки данных.

Натальченко М.Л., Стребуль Н.В.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЯИЧНИКОВ

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра анатомии человека**

Научный руководитель: асс. Сазонова О.Н.

У новорожденной девочки яичник имеет цилиндрическую форму, а в период второго детства (8—12 лет) форма яичника становится яйцевидной. Длина яичника у новорожденной равна 1,5—3 см, ширина - 4—8 мм.

В период первого детства длина яичника становится равной 2,5 см. В подростковом и юношеском возрасте длина яичника увеличивается до 5 см, ширина достигает 3 см, толщина — 1,5 см. Масса яичника у новорожденной равна 0,16 г, в грудном возрасте (до 1 года) - 0,84 г, в период первого детства (4—7 лет) — 3,3 г и в юношеском возрасте — 6,03 г. У женщин после 40—50 лет масса яичников уменьшается, а после 60—70 лет происходит постепенная атрофия яичников.

Поверхность яичников гладкая у новорожденных и в грудном возрасте. В подростковом возрасте на их поверхности появляются неровности, бугристости, обусловленные набуханием созревающих фолликулов и наличием желтых тел в ткани яичника. В ткани яичников у новорожденных имеются примордиальные фолликулы, в грудном возрасте появляются первичные фолликулы яичника. В подростковом возрасте в корковом веществе яичников образуются вторичные (пузырчатые) фолликулы, которые на разрезах органа имеют вид полостей со светлым содержимым.

У новорожденных яичники еще расположены вне полости малого таза, над лобковым симфизом, и сильно наклонены кпереди. К 3—5 годам яичники в результате смещения вниз и поворота своей длинной осью примерно на 90° приобретают поперечное положение. К периоду первого детства (4—7 годам) яичники опускаются в полость малого таза, где принимают то положение, которое свойственно им у взрослой женщины.

Нгуен Тхи Лиен, Быковская А. В.

ПОЛИДАКТИЛИЯ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии

Научный руководитель: Витриченко Е.Е

Деформации, характеризующиеся увеличением количества фаланг и пястных костей на кисти обозначаются, как полидактилия. Чаще всего признаком полидактилии является дополнительный, шестой палец. Он может располагаться за мизинцем (постаксиальная полидактилия) или перед ним (преаксиальная полидактилия).

Постаксиальная полидактилия может быть 2 типов: Тип А - дополнительный палец развит полностью и сочленяется с головкой V пястной кости; чаще всего этот тип полидактилии является наследственным; Тип В - дополнительный палец развит не полностью, он может быть и в виде кожного выроста; этот тип полидактилии может быть врожденным;

Преаксиальная полидактилия может быть четырех типов: полидактилия I, II, III, IV, V пальцев. По локализации — радиальная, центральная, ульнарная. Радиальная локализация дефекта — удвоение сегментов первого луча, центральная — 2-4 пальцев, ульнарная — пятого пальца.

По виду удвоения — полифалангия, полидактилия, удвоение луча.

При этом под полифалангией понимается удвоение ногтевых фаланг, либо ногтевых и средних, полидактилией — удвоение пальца, удвоение луча — увеличение количества сегментов пальца и соответствующей пястной кости.

Немідько В.В., Бачинський Р.О., Лук'янова Л.В.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТИБОЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ ПЕРИФЕРИЧНОГО ГЕНЕЗУ НИТРОГЕНОВЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ СПОЛУК ТА ИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОЗИЦИЙ

Харківський національний медичний університет,

кафедра медичної та біоорганічної хімії

Науковий керівник: проф. Сирова Г. О.

Мета дослідження — вивчення в експерименті на лабораторних тваринах (статевозрілих щурах обох статей лінії WAG) протибольової дії периферичного генезу

нітрогеновмісних лікарських засобів: парацетамолу, карбамазепіну, кофеїну та їх фармакологічних композицій.

Порівняльна характеристика протибольової дії препаратів парацетамолу, карбамазепіну і кофеїну та їх фармакологічних композицій проводилася за скринінговою моделлю «оцтовокислі корчі». Корчі викликали однократним внутрішньочеревинним введенням 0,6 % розчину оцтової кислоти з розрахунку (1 мл на 100 г тварини). Тварини були розділені на 8 груп по 6 тварин у кожній. Тварини 1-ї групи були контролем їм однократно внутрішньошлунково (в/шл) вводили 3 % крохмальний слиз (2 мл на 200 г щура). Тваринам 2-ї – 8-ї груп однократно в/шл у вигляді суспензії на 3 % крохмальному слизу вводили дослідні нітрогеновмісні лікарські засоби та їх композиції: тваринам 2-ї групи вводили – кофеїн (0,6 мг на 1 кг ваги тварини), 3-ї групи – парацетамол (30 мг на 1 кг ваги тварини), 4-ї групи – карбамазепін (6,25 мг на 1 кг ваги тварини), 5-ї групи – композиції парацетамолу (30 мг на 1 кг ваги тварини) з кофеїном (0,6 мг на 1 кг ваги тварини), 6-ї групи – композицію карбамазепіну (6,25 мг на 1 кг ваги тварини) з кофеїном (0,6 мг на 1 кг ваги тварини), 7-ї групи – композицію карбамазепіну (6,25 мг на 1 кг ваги тварини) з парацетамолом (30 мг на 1 кг ваги тварини), 8-ї групи – композицію карбамазепіну (6,25 мг на 1 кг ваги тварини), з парацетамолу (30 мг на 1 кг ваги тварини) та кофеїну (0,6 мг на 1 кг ваги тварини).

Лікарські засоби, що досліджувались, та їх композиції, а також 3 % крохмальний слиз вводили за 1 годину до введення альгогена. За тваринами спостерігали протягом 20 хвилин після введення оцтової кислоти і підраховували кількість корчів у щурів.

Анальгетичну активність оцінювали за здатністю парацетамолу, карбамазепіну і кофеїну та їх фармакологічних композицій зменшувати кількість корчів у дослідних групах тварин порівняно з контрольною і виражали у відсотках. Також порівнювали анальгетичну активність парацетамолу, карбамазепіну і кофеїну при моновведенні з анальгетичною активністю при введенні їх композицій.

Експериментальні дослідження показали, що при моновведенні кофеїну спостерігалася статистично вірогідне зменшення кількості корчів до $8,50 \pm 1,65$ у порівнянні з групою контролю ($21,33 \pm 5,02$), при цьому анальгетичний потенціал складав 60 %. При моновведенні парацетамолу зменшення кількості корчів досягало $8,17 \pm 1,70$, при цьому анальгетичний потенціал складав 62 %. При використанні фармакологічної композиції парацетамолу і кофеїну спостерігалася також достовірне зменшення корчів до $7,00 \pm 2,29$ відносно контрольної групи, анальгетичний потенціал при цьому складав 67 %.

Моновведення карбамазепіну та введення фармакологічних композицій, карбамазепіну з парацетамолом та карбамазепіну і парацетамолу з кофеїном не призводило до вірогідного зменшення кількості корчів відносно контрольної групи.

Додавання до карбамазепіну кофеїну сприяло вірогідному зменшенню корчів до $9,67 \pm 3,32$, відносно контролю, при цьому анальгетичний потенціал дорівнював 55 %.

Аналіз результатів експериментальних досліджень по вивченню протибольової дії периферичного генезу, свідчить про те, що при моновведенні кофеїну та парацетамолу, а також при введенні фармакологічних композицій парацетамолу з кофеїном та карбамазепіну з кофеїном спостерігається вірогідне зменшення кількості корчів порівняно з контрольною групою, що свідчить про доцільність цих композицій.

Панич Р. В., Фарзуллаєв Н. Н.
НОВЫЕ СВЕДЕНИЯ О ФУНКЦИЯХ АППЕНДИКСА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека

Научный руководитель: асс. Рыженкова И.В.

Самый знаменитый рудимент — аппендикс — вплоть до нашего времени продолжали считать бесполезным. Однако существовали гипотезы об участии аппендикса в иммунных реакциях организма. Лишь в 2007 году благодаря стремительному развитию медицины третьего тысячелетия было доказано, что аппендикс играет важную роль в иммунной системе человека. Аппендикс, как выяснилось, служит убежищем для микроорганизмов, помогающим пищеварительной системе работать в нормальном режиме. Локализация червеобразного отростка как раз под «маршрутом» движения еды и микроорганизмов и его форма служат доказательством этой теории. Несколько десятилетий назад была обоснована гипотеза об эквиваленте Фабрициевой сумки птиц (лимфоэпителиальный орган, расположенный в задней части клоаки у птиц) у человека, что позволило рассматривать аппендикс как одну из составных частей, возможно даже ведущую, местной иммунной системы желудочно-кишечного тракта. Также ранее было известно, что отдельные лимфатические фолликулы аппендикса обнаруживаются у 25-недельного плода, со временем размер их увеличивается, они смещаются в просвет червеобразного отростка, оказываясь покрытыми лишь однослойным цилиндрическим эпителием. С первых дней постнатальной жизни в фолликулах аппендикса появляются скопления лимфобластов. До 22-летнего возраста количество лимфоидной ткани в червеобразном отростке возрастает, а после 28 лет начинается его обеднение лимфоидной тканью. Лимфоидные фолликулы при этом постепенно перемещаются от периферических участков к просвету червеобразного отростка. Но не смотря на эти данные вопрос об участии аппендикса в иммунитете человека оставался актуальным. Сегодня же благодаря росту медицинских технологий эта гипотеза доказана.

Панич Р. В., Фарзуллаев Н. Н.

**ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ СУРРОГАТНОМ
МАТЕРИНСТВЕ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской биологии**

Научный руководитель: Загоруйко Ю. В.

В настоящее время в связи с огромным количеством разнообразных причин как медицинского и социального характера, а также из-за неблагоприятных экологических факторов проблема бесплодия становится одной из самых актуальных. Пути ее решения становятся все многообразнее, позволяя паре иметь ребенка практически при любой патологии. Так, процедура ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) стала одним из хорошо зарекомендовавших себя способов решения проблемы. Кроме того, популярным становится суррогатное материнство.

Суррогатные матери должны учитывать, что множественные беременности приводят к серьезным нарушениям работы сердечнососудистой системы. После третьей беременности увеличивается опасность проэмплаксии — состояние, которое характеризуется высоким артериальным давлением, наличием белка в моче и периодическими судорогами. Из-за применения гонадотропов (гормоны, стимулирующие одновременное созревание нескольких яйцеклеток) развиваются гиперчувствительность, опухоли яичников, молочной железы, матки, гипофиза, первичная недостаточность яичников, кисты яичников, нарушение анатомии половых органов или фиброма(фибромиома) матки, несовместимые с беременностью, вагинальные (маточные) кровотечения неясной этиологии.

Экстракорпоральное оплодотворение связано с повышенным риском образования тромбов в венах и закупорки легочной артерии тромбом (в течение первого триместра беременности). Артериальная закупорка раньше часто приводила к смерти матери.

Пивовар А.В.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ТРАНСПЛАНТАТА И РЕЦИПИЕНТА

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель: Клочко Н.И.

Тканевая и органная трансплантация, безусловно, является великим достижением XX века. С её появлением связана возможность лечить болезни, которые считались неизлечимыми, спасать жизни пациентов, у которых нарушена функциональная активность жизненно важных органов. На данный момент трансплантология значительно продвинулась вперед, но всё же, на её пути стоит ряд разнообразных проблем.

Сегодня одной из основных трудностей, с которой сталкиваются врачи при трансплантации – это отторжение организмом пересаженного органа или ткани. Это явление связано с комплексом гистосовместимости – семейством сцепленных генов 6-й хромосомы, кодирующим специфический белок, который находится на поверхности мембраны клетки. Гены главного комплекса гистосовместимости (англ. HLA; MHC) – наиболее полиморфные из известных, так как в популяции на сегодняшний день циркулирует около 1000 их аллелей. Очень сложно научно обосновать причины возникновения этого феномена, поскольку многие из аллелей должны были элиминироваться в ходе эволюции в пользу более выгодных вариантов.

Тем не менее, разнообразие форм генов обосновывает существование тысяч всевозможных комбинаций. Антигены HLA подразделяются на антигены класса I и антигены класса II. Существуют еще и молекулы MHC класса III, но молекулы MHC класса I и класса II являются наиболее важными в иммунологическом смысле.

Молекулы первого класса состоят из трансмембранного белка, бета-2 микроглобулина и короткого пептида. Они необходимы для распознавания трансформированных клеток цитотоксическими Т-лимфоцитами. Кодируются тремя локусами: HLA-A, HLA-B и HLA-C. Антигены класса I представлены на поверхности практически всех клеток организма (кроме эритроцитов и клеток ЦНС).

Согласно исследованиям, проведенным в Сан-Франциско у 1000 доноров крови и органов, типированных по локусам HLA-A и HLA-B: 1) более половины людей в группе имели уникальную комбинацию аллелей; 2) 111 членов группы имели набор молекул, который совпадал только с одним участником исследования; 3) самые часто встречающиеся фенотипы (HLA-A1, HLA-A3, HLA-B7 и HLA-B8) были найдены у 11 доноров. Антигены класса II состоят из двух полипептидных цепей, кодируемых локусом HLA-D. В отличие от молекул класса I, они экспрессируются только на нескольких типах клеток, главным образом антиген-презентирующих клетках (APC), таких как дендритные клетки и макрофаги. Функция антигенов HLA класса II — обеспечение взаимодействия между Т-лимфоцитами и макрофагами в процессе иммунного ответа. Т-хелперы распознают чужеродный антиген лишь после его переработки макрофагами, соединения с антигенами HLA класса II и появления этого комплекса на поверхности макрофага.

Типирование тканей обычно ограничено поиском 6 HLA антигенов, по два на каждый локус: HLA-A, HLA-B и HLA-DR (если в локусе обнаруживается хотя бы один антиген, это в равной степени может говорить как о гомозиготности ткани по

данной аллели, так и о том, что вторая аллель неизвестна). Согласно результатам статистического анализа нескольких тысяч операций по трансплантации почки: за 17 лет 50% пересаженных почек, которые имели полное соответствие по 6 признакам, функционировали, в то время как 50% почек, имевших одно или больше несоответствий, были утрачены в течение 8 лет. К сожалению, даже отсутствие несовпадений по всем 6 антигенам не всегда может гарантировать успешную пересадку.

Таким образом, гистосовместимость трансплантата и реципиента – важный аспект трансплантологии, так как её обязательно нужно учитывать при поиске донора ткани или органа.

Писаренко Г.Н., Поляков А.В.

МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА И КРЫСЫ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель: к. б. н., доцент Деева Т.В.

Плацентарная недостаточность (ПН) остается одним из самых распространенных осложнений беременности. Это состояние развивается примерно у 24% будущих мам. При привычной потере беременности ПН встречается в 50-77% случаев. Для экспериментального изучения этой проблемы и путей ее решения используют лабораторных животных, в т.ч. крыс, чья плацента имеет некоторые структурные отличия от плаценты человека.

Плацента крысы так же, как плацента человека, относится к гемохориальному типу (*placenta haemochorialis*), что делает крысу удобным объектом исследования при изучении ПН, вызванной различными факторами. К особенностям плацент этого типа относятся: дискоидальная форма, развитие плаценты в определенном месте на поверхности плодного яйца, разрушение материнских сосудов и получение питательных веществ непосредственно из материнской крови.

Материалы и методы. Микропрепараты плаценты человека были взяты из архива кафедры гистологии. Плаценту беспородных крыс для изучения брали на 20-й день беременности у самок, содержащихся в условиях вивария ГП «ГНЦЛС». Орган фиксировали в 10% формалине, проводили по общепринятой методике и заливали в целлоидин-парафин. Срезы толщиной 6-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином.

Результаты. Плацента человека имеет хорошо выраженные плодовую и материнскую поверхности. Материнскую можно узнать по наличию децидуальной оболочки, состоящей из светлых удлинённых клеток. На плодовой поверхности хорошо виден сросшийся с хориальной пластинкой амниотический эпителий. Основная площадь среза приходится на ворсинки с плодовыми капиллярами и межворсинчатое пространство с материнской кровью.

У крысы, в отличие от человека, плацента лабиринтного, а не ворсинчатого типа. Кровь циркулирует в синтициальной структуре, представленной большим числом тонких лабиринтных каналов, лучеобразно сходящихся к пуповине. Расположение балочек плотное, каналы, выстланные эндотелием, содержат плодовую кровь, остальные – материнскую. Плодовые эритроциты отличаются от материнских легким базофильным оттенком и наличием крупных ядер. Заметно обилие крупных цитотрофобластических клеток, обращенных в материнский кровоток. В отличие от человеческой, крысиная плацента имеет очень хорошо выраженный слой трофоспонгиума, представленного базофильными отростчатыми клетками и гликогенными островками. По данным литературы такой слой идентичен периферическому цитотрофобласту человека. Гигантские клетки в плаценте крыс

образуют хорошо выраженные пласты между слоями. Еще одним отличием является наличие синуса Дюваля – следствие того, что в начале плацентации желточный мешок формирует желточную плаценту и участвует в формировании аллантоисной.

Выводы: плацента крысы имеет определенные структурные отличия от плаценты человека, связанные с характером материнского кровообращения. Но, несмотря на это, они принадлежат к одному типу и имеют одинаковое строение плацентарного барьера, что делает крысу удобным объектом для исследования воздействия различных факторов на плаценту.

Полозов С.Д., Гончар В.Ю.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра биохимии,

Руководитель: проф. Жуков В. И.

В настоящее время основной теорией гастроинтестинального канцерогенеза принято считать возникновение комбинированных нарушений во взаимосвязи между сигнальными системами клеток, приводящие к злокачественной трансформации. Нейроэндокринная система является одним из регуляторных механизмов, ответственных за поддержание гомеостаза в организме. Учитывая вышесказанное, целью нашей работы являлось изучение состояния некоторых показателей эндокринной системы у больных раком желудка (РЖ) и обоснование дополнительных критериев оценки степени тяжести патологии.

Материалы и методы. Программа исследования предусматривала определение динамических изменений в сыворотке больных РЖ показателей кортизола (КОР), трийодтиронина (ТЗ), пролактина (ПРОЛ) и гастрина-17 (Г-17), при помощи иммуноферментного анализа. Группа контроля была представлена 21 пациентом.

Результаты. Вторая стадия РЖ (n=15) характеризовалась повышением показателей КОР, ПРОЛ и Г-17, соответственно на 133%, 247% и 331%, на фоне снижения ТЗ на 44%, относительно уровней контроля. При третьей (n=15) стадии отмечалось увеличение КОР, ПРОЛ и Г-17, соответственно на 151%, 263% и 518%, и снижение ТЗ на 60%. При четвертой стадии (n=20) регистрировалось понижение уровня ТЗ на 76%, на фоне повышения КОР, ПРОЛ и Г-17, соответственно на 167%, 292% и 743% (p<0,05).

Выводы. Таким образом, результаты исследования указывают на значительные динамические изменения эндокринной системы у больных РЖ, где показатель Г-17 оказался наиболее чувствительным к прогрессированию злокачественного неопластического процесса.

Попова Т.О.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра физической реабилитации и спортивной медицины**

Научный руководитель – к.мед.н. Луценко Е.В.

Биологическая обратная связь (БОС) – технология, состоящая из совокупности исследовательских, немедицинских, физиологических, профилактических и лечебных процедур, с помощью которой возможно получение информации о состоянии или изменении физиологических процессов организма путем использования внешней цепи обратной связи, а также обучение сознательному управлению ими.

Актуальность данной темы для медицины заключается в возможности широкого применения БОС в различных ее сферах, включая неврологию, кардиологию, гастроэнтерологию, урологию, педиатрию, гериатрию, реабилитационную и превентивную медицину.

Целью исследования является проведение анализа современных устройств с БОС на основе литературных данных.

Приборы биологической обратной связи основаны на измерении: - мышечного напряжения (электромиограмме, ЭМГ); - температуры кожи; - электрического сопротивления кожи (кожно-гальванической реакции, КГР); - биоэлектрической активности мозга (электроэнцефалограмме, ЭЭГ); - variability сердечного ритма (электрокардиограмме, ЭКГ). Для реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата используют приборы на основе ЭМГ: - комплекс «Ремиокор» («АмблиокорТМ-01Д») НПЦ «Ин Витро»; - комплекс аппаратно-программный «опорно-двигательный» ЗАО «Биосвязь»; - аппарат «Нексус-10 Марк II» компании «Майндмедиа». Измеряются также некоторые другие показатели в зависимости от возможностей прибора и задач реабилитации.

Показания к применению: детский церебральный паралич, парезы, атаксии, ортопедические заболевания, а также патология, вызванная травмами периферической нервной системы и черепно-мозговыми травмами. Также с помощью этих устройств возможно обучение пациентов самокоррекции эмоционального статуса. ЭМГ программно преобразуется в визуальные образы и звуковые сигналы, которые облегчают восприятие результатов и их коррекцию пациентом.

Задачами данных устройств являются: - диагностика и повышение сократительной способности мышц; - диагностика и снижение гиперактивности мышц; - диагностика и нормализация реципрокности мышц, коррекция патологически синергий и синкинезий. Преимущества БОС-устройств: высокая эффективность и скорость реабилитации пациентов, обучение навыкам саморегуляции, компактность, удобство использования, точность, индивидуальный подход, высокая степень концентрации внимания благодаря использованию интерактивных элементов, помощь в случае неэффективности лекарственной терапии, а также возможность уменьшить количество принимаемых лекарств. Также данные устройства позволяют вести протокол наблюдения с сохранением результатов каждой сессии и последующим анализом динамики реабилитационного процесса.

Недостатки: малая изученность метода, ограниченное использование для экспертной оценки состояния пациента в виду возможности симуляции, наличие противопоказаний (фотосенситивная эпилепсия, острый психоз, деменция, олигофрения).

В заключении можно сказать, что БОС-технология имеет множество преимуществ и показаний для применения в различных отраслях медицины, в том числе и реабилитационной, но, несмотря на это, существует ряд недостатков данного метода и даже несколько противопоказаний.

Рисованая Л.М., Алексеенко Р.В.*

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – НАУКА ИЛИ ИСКУССТВО?

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
медицинской и биологической физики и медицинской информатики**

*** Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
нормальной физиологии**

В лексике современных медиков появился новый термин – «медицина, основанная на доказательствах (доказательная медицина)». Философский смысл этого понятия можно пояснить тезисом, издавна дискутируемым в медицинских кругах: медицина – это наука или искусство?

Для сравнения западную и восточную модели деятельности врача. Западная модель считается формализованной, находящейся в жестких рамках стандартов медицинской помощи. Преимущество и недостаток этой модели состоит в жесткой запрограммированности действий врача, что с одной стороны, уменьшает количество врачебных ошибок, а с другой – ограничивает возможности в выборе терапевтической тактики. Таким образом, представленная модель выглядит как конвейер – высокопроизводительный, но не поворотливый.

Восточная модель напоминает скорее искусство, поскольку предоставляет врачу простор для творчества. Эта модель более гибкая, но менее производительная и менее устойчивая к ошибкам. Тем не менее, за последние два десятка лет разница между двумя моделями медицины стирается за счет применения на практике принципов медицины, основанной на доказательствах.

До сих пор нет единого определения, что же такое «Доказательная медицина», но многие считают что это прежде всего добросовестное, явное и разумное использование лучших обоснованных доказательств в отношении принятия решений относительно оказания медицинской помощи индивидуальным пациентам. Практика доказательной медицины подразумевает объединение индивидуального профессионализма с лучшим доступным внешним обоснованным доказательством, полученным из исследования.

Возрастающий профессионализм медицинского работника проявляется во многом, но наиболее ярко в более эффективной и результативной диагностике, в более вдумчивом выявлении и сочувственном отношении к затруднениям пациентов, их правам и предпочтениям, в процессе принятия клинического решения относительно оказания им медицинской помощи.

В основе доказательной медицины лежит проверка эффективности и безопасности методик диагностики, профилактики и лечения в клинических исследованиях. Под практикой доказательной медицины понимают использование данных, полученных из клинических исследований в повседневной клинической работе врача.

Современная медицина приближается к точным наукам, однако все равно никогда ей не станет, поэтому индивидуальный опыт и личность врача всегда имеют важное значение. Кто же должен заниматься доказательной медициной? Принципы медицины, основанной на доказательствах, необходимы каждому врачу, который должен критически анализировать и интерпретировать научные данные и использовать их на практике.

Освоение технологий доказательной медицины несет целый ряд жизненно необходимых для социума изменений в медицину и клиническую науку, во взаимоотношения пациента с врачом и врача с государством. Эти изменения основываются на этических приоритетах здоровья и жизни каждого отдельного человека, требуют от врача и ученого освоения новых знаний путем активного использования новых информационных технологий.

Рязанцева Ю.В.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра медицинской биологии

Эндемическое заболевание – (от греч. endemos – местный), относится к болезням, которые наблюдаются у людей длительное время на определенной ограниченной территории и обусловленное природными и социальными условиями. Эндемические заболевания обусловлены избытком или недостатком в окружающей среде определенных химических элементов. Они могут быть связаны со стойкими природными очагами

инфекционных болезней, например, чума, холера, дифтерия, или быть неинфекционными, связанными с геохимическими особенностями среды: эндемический зоб (при недостатке йода в питьевой воде и продуктах питания); флюороз (при избытке фтора в почве и питьевой воде); кариес зубов (при недостатке фтора); анемия (при дефиците железа); эндемическая подагра (при избытке молибдена); урсовская болезнь (при дефиците кальция, калия и натрия и избытке стронция и бария) [2].

В.И. Вернадский, а позднее А.П. Виноградов установили, что химический состав организмов связан с химическим составом земной коры, что обусловлено эволюцией. В процессе эволюционного развития организм вырабатывает способность к избирательному поглощению определенных химических элементов, их избирательной концентрации в определенных органах и тканях и элиминации. Такие способности организма реализуются в процессе обмена веществ с окружающей средой. Обмен осуществляется через биогеохимические пищевые цепи. Особенно существенное значение для жизни организмов имеют пороговые концентрации химических элементов, за пределами которых происходит срыв регулирующих функций организма, и в результате этого возникает эндемическая болезнь.

Садковская И. Ю.
БОЛЕЗНЬ ОСЛЕРА-РАНДИО-ВЕБЕРА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека
Научный руководитель – асс. Сазонова О. Н.

Одним из наследственных заболеваний, не связанных с нарушением обмена веществ, при котором может наблюдаться формирование цирроза печени, является болезнь Ослера-Рандю-Вебера. Болезнь Ослера-Рандю-Вебера (наследственная геморрагическая телеангиоэктазия) - это наследственное заболевание, характеризующееся трансформацией мелких сосудов в множественные телеангиоэктазии с локализацией на коже, слизистых и серозных оболочках, а также наличием артериовенозных шунтов во внутренних органах и аневризм, и проявляющееся кровоточивостью. Первое описание болезни принадлежит Н. G. Satton (1864), которое было позднее дополнено французским врачом Н. J. L. M. Rendu (1844-1902); английским врачом F. P. Weber (1863-1962) и канадским врачом W. Osler (1849-1919). Эпидемиология: Заболевание встречается во всех расовых и этнических группах с одинаковой частотой у мужчин и женщин.

Этиология: Болезнь Ослера-Рандю-Вебера наследуется по аутосомно-доминантному типу. За развитие болезни ответственны два гена. Первый ген, ответственный за эндоглин (ENG), располагается на хромосоме 9q33-q34. Второй ген, ответственный за активиноподобный рецептор для фермента киназы - 1 (ALK1), расположен на хромосоме 12q13.

Патогенез: Мутация упомянутых генов, участвующих в восстановлении тканей и ангиогенезе, приводит к развитию дефектов соединений и дегенерации эндотелиальных клеток, слабости периваскулярной соединительной ткани, что является причиной дилатации капилляров и посткапиллярных венул и патологической васкуляризации, проявляющейся телеангиоэктазиями и артериовенозными шунтами. Болезнь клинически проявляется чаще в возрасте после 20 лет, но первые признаки могут появляться и в первые годы жизни. Телеангиоэктазии обычно локализуются на слизистой оболочке носа, губ, десен, языка, щек, желудочно-кишечного, респираторного и мочевого тракта, на коже волосистой части головы, лица, конечностей, туловища, а также на конъюнктиве и под ногтями. Кожа при этом имеет цвет от ярко - красного до темно - фиолетового.

Типичная телеангиоэктазия имеет размер менее 5 мм и при надавливании бледнеет. При поражении печени, вследствие сброса крови из печёночных артерий через артериовенозные шунты в бассейн портальной вены, формируется портальная гипертензия и возможно развитие цирроза печени. Артериовенозные шунты могут приводить к артериальной гипертензии и сердечной недостаточности. Главным симптомом болезни являются частые, спонтанные, усиливающиеся с возрастом кровотечения из патологических сосудов.

Диагноз наследственной геморрагической телеангиоэктазии может быть установлен на основании любых трёх критериев: - множественные телеангиоэктазии на характерных участках (губы, ротовая полость, нос, ушные раковины); - повторяющиеся спонтанные кровотечения; - висцеральные поражения - телеангиоэктазии в желудочно - кишечном, респираторном трактах (с кровотечениями или без) артериовенозные шунты в лёгких, печени, головном мозге и позвонках; - семейный характер заболевания. При частых и обильных кровотечениях развивается постгеморрагическая анемия; при артериовенозных шунтах - эритроцитоз, повышенное содержание гемоглобина в крови.

Лечение: В последние десятилетия отмечен значительный прогресс в медицинской генетике, что позволило расширить представление о характере наследования всевозможных заболеваний, в исходе которых может развиваться цирроз печени. Благодаря уточнению влияния факторов внешней среды на проявляемость мутантных генов, стали намного яснее пути лечения, а самое главное - профилактика наследственных заболеваний. В перспективе большие надежды в отношении курабельности пациентов с наследственно-детерминированными заболеваниями возлагаются на генную инженерию, под которой подразумевается направленное вмешательство в структуру и функционирование генетического аппарата - удаление или исправление мутантных генов, замена их нормальными.

Но самой важной задачей продолжает оставаться профилактика наследственных заболеваний, в т. ч. в исходе которых может сформироваться цирроз печени. Своевременное предупреждение появления на свет больных детей возможно посредством мониторинга, который должен осуществляться через медико-генетические консультации и диагностические центры с участием врача - гепатолога.

Саенко М.О.

РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА РЕБЕНКА

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра нормальной анатомии человека

Научный руководитель: Рыженкова И. В.

Для нормального функционирования детского организма свойственно опережающее развитие нервной системы и головного мозга. Головной мозг новорожденного имеет массу в пределах от 380 до 400 г., к 3-5 годам она увеличивается в размерах примерно в три раза до 1100-1200 г., и к 7 годам достигает 1250-1300 г, приближаясь к массе мозга среднестатистического взрослого человека. До подросткового возраста увеличение размеров головы находится в соответствии с увеличением размеров массы мозга. Далее размеры головы начинают опережать в развитии размеры мозга, так как, в это время происходит активное развитие костной ткани черепа и мозгу становятся присущи характерные для черепа взрослого человека очертания.

Активное развитие головного мозга у ребенка сопровождается быстрым развитием многих его функций. Это осуществляется благодаря пирамидным клеткам мозга, которые к возрасту 2,5 года соответствуют размерам, формам и функциям взрослого человека. К 6-7 годам мозг развит настолько, что ребенок мог бы успешно обучаться в школе.

В данный период у ребенка в достаточной степени развита речь, внимание, память. Память достаточно хорошо функционирует к 3 годам жизни, но сформированная механическая память приобретает только к 13-15 годам, память на образное мышление - к 17-18 годам, словесно-логическая память осуществляется уже к зрелому возрасту. Память можно улучшать с помощью тренировок, в которые будут входить различные упражнения, только тогда можно значительно повысить ее уровень.

Особенным в развитии головного мозга ребенка является то, что после образования всех отделов мозга дальнейшее совершенствование функций будет происходить без каких-либо анатомических изменений. Это происходит за счет накопления в нервных клетках информации, а также получения прочных связей между отделами мозга. Так, например, активное занятие спортом и умеренными нагрузками приводят к увеличению массы мышц, а также к улучшению прочности костно-связочного аппарата. Хорошая умственная активность и упражнения для функционирования памяти, не связаны с размерами головного мозга. Именно поэтому швы, разделяющие кости черепа, закрываются полностью примерно к 25 годам.

Сазонова О.М.

АНТРОПОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ МАСИ ТІЛА ДІВЧАТОК 7-11 РОКІВ З ВЕГЕТАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Харківський національний медичний університет

кафедра анатомії людини

Вегетативна дистонія серцево-судинної системи (ВСД) - одне з найбільш розповсюджених нозологічних станів, який реєструється серед людей різних вікових та статевих груп і яке розглядається в сучасному суспільстві не лише, як значна медична, але й як соціально значима проблема, що визначає частоту серцево-судинних захворювань у старших вікових групах. У переважній кількості випадків ВД ССС формується в дитячому віці та, незважаючи на значні досягнення у розумінні патогенезу, морфофункціональні аспекти ВСД залишаються неузгодженими та невирішеними, що вимагає розробки нових діагностичних способів

Для порівняльного дослідження задіяно 375 дівчаток 7-11 років, включаючи 210 здорових (120 міських та 90 сільських жителів) та 165 з вегето-судинною дистонією (85 міських та 80 сільських жителів). Антропометрію виконано в умовах планових комплексних медичних оглядів школярів, згідно методики В.В. Бунака, містило в собі визначення тотальних (маси) тіла.

Проведений аналіз показників ряду ознак, зокрема, антропометричних, соматотипологічних та компонентного складу маси тіла у міських і сільських дівчаток, встановив ряд особливостей та закономірностей. Зокрема, антропометричне обстеження здорових дівчаток та дівчаток з ВСД виявило достовірне зменшення маси тіла у хворих на ВСД. Встановлено статистично значуще зменшення маси тіла як у хворих на ВСД міських дівчаток ($p < 0,001$), так і у дівчаток підліткового віку ($p < 0,05$), в порівнянні із здоровими дівчатками. У хворих на ВСД сільських дівчаток підліткового віку, встановлено лише тенденцію ($p = 0,059$) до збільшення маси тіла в порівнянні із здоровими однолітками.

Самойленко А.А.

КОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра анатомии

Научный руководитель: асс. Рыженкова И.В.

Многочисленные исследования показали, что кора головного мозга покрывает всю поверхность больших полушарий, осуществляющих высшую нервную

деятельность. Ее структурными элементами являются нервные клетки с отходящими от них отростками - аксонами и дендритами - и клетки нейроглии. В коре полушарий большого мозга человека насчитывают около 12-18 млрд. нервных клеток. Основная масса клеток коры состоит из элементов трех родов: пирамидных, веретенообразных, звездчатых клеток. Особенностью структуры коры больших полушарий является расположение нервных клеток в шесть слоев, лежащих друг над другом. В научной литературе функционально в коре выделяют 3 типа областей: сенсорные, моторные и ассоциативные. Сенсорные корковые зоны осуществляют прием и анализ афферентных сигналов по волокнам, идущим из специфических релейных ядер таламуса. Моторная (двигательная) область обеспечивает корковый контроль произвольных мышечных сокращений. Ассоциативные области необходимы для перехода от наглядного восприятия к абстрактным символическим процессам. Клинические нейропсихологические исследования показывают, что при поражении заднеассоциативных областей нарушаются сложные формы ориентации в пространстве, затрудняется выполнение всех интеллектуальных операций. Исходя из клеточного состава и строения кору больших полушарий разделяют на несколько участков, называемых корковыми полями. Общепринятая классификация цитоархитектонических образований коры головного мозга, предложенная К. Бродманом, который разделил ее на 11 областей и 52 поля. Кора больших полушарий выполняет наиболее сложные функции организации приспособительного поведения организма во внешней среде. Это прежде всего функция высшего анализа и синтеза всех афферентных раздражений.

Сокольников А.О., Ладная И.В., Кривченко Ю.В.
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИННЕРВАЦИИ АОРТЫ И ПЕРИКАРДА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека
Научный руководитель доц. Ладная И.В.

В связи с ростом сердечнососудистых заболеваний и развитием кардиохирургии изучение особенностей иннервации аорты и перикарда приобретает все большее значение. Макро-микроскопическими и гистологическими методами нами изучались нервы грудной аорты и перикарда человека на 59 трупах плодов, новорожденных и взрослых.

Дуга аорты получает ветви от блуждающих нервов и симпатических стволов. Верхняя сердечная ветвь блуждающего нерва, депрессор, вначале идет изолированно, а затем соединяется с верхним сердечным нервом, от верхнего шейного симпатического узла. Грудная аорта основную массу ветвей получает от грудного отдела симпатического ствола и больших чревных нервов. Некоторые симпатические ветви соединяются с ветвями блуждающих нервов, образуя вагосимпатические стволы, посылающие ветви как к аорте, так и к легким и пищеводу. Основными источниками иннервации перикарда являются диафрагмальные нервы, а также сплетения грудного отдела симпатического ствола блуждающего нерва.

В различных возрастных группах установлены морфологические особенности адвентициального сплетения аорты. У плодов семи месяцев оно двухслойное, в процессе развития сплетение становится многослойным. Сплетение в мышечной оболочке аорты также с возрастом усложняется. Оно становится более густым за счет увеличения количества нервных связей.

Сулейманова Н. А., Кривченко Ю.В., Ладная И.В.
ОСОБЕННОСТИ ИННЕРВАЦИИ НАД- И ПОДПОДЪЯЗЫЧНЫХ МЫШЦ
ШЕИ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека

Научный руководитель доц. Кривченко Ю.В.

Разработка проблем иннервации скелетных мышц с учетом индивидуальной изменчивости нервно-мышечного аппарата в настоящее время приобретает все большее значение в связи с развитием нейро- и миопластических операций, особенно основанных на микрохирургической технике.

С целью изучения особенностей иннервации над- и подподъязычных мышц шеи человека нами было исследовано 55 трупов людей юношеского (7), зрелого (40) и пожилого возрастов (8).

В результате наших исследований были выявлены некоторые закономерности вне- и внутриорганной иннервации мышц и характере их внутрисвольного строения. Особое внимание было уделено изучению взаимоотношений между метрическими показателями данной группы мышц и количественными характеристиками миелоархитектоники их нервов. Установлена зависимость между индивидуальными особенностями строения нижней челюсти и формой разветвления нерва в челюстно-подъязычной мышце. При долихоморфной нижней челюсти наблюдается преимущественно магистральная форма ветвления, при брахиморфной – рассыпная, при мезоморфной – смешанная или рассыпная.

Исследования показали, что размеры и объем мышц зависят от формы нижней челюсти и шеи. В иннервации изученных мышц наблюдалась индивидуальная изменчивость в топографии и в количестве нервных веточек, которые подходят к мышцам. Установлены постоянные и определены дополнительные источники иннервации. Между нервами мышц правой и левой сторон выявлены межмышечные нервные связи. Для каждого из нервов выявлены особенности разветвления внутримышечных нервов и зоны их наибольшей концентрации.

Полученные нами данные имеют определенное научно-теоретическое и практическое значение. При оперативных вмешательствах в области дна полости рта и шеи по поводу различных патологических процессов а также при производстве миопластических операций необходимо по возможности щадить места вступления нервов в толщу мышц.

Тертышный В.А, Бережная А.В.
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра физической реабилитации, спортивной медицины с курсом
физического воспитания и здоровья

Научный руководитель – Луценко Е.В.

В восстановительном лечении больных различных заболеваний целесообразно включать элементы психологической коррекции и психотерапии. Это обусловлено тем обстоятельством, что в клинической картине любого заболевания сосуществуют признаки соматического неблагополучия и симптомы измененной психики. Среди причин многих соматических заболеваний нередко на первом месте находится стресс. Такие заболевания принято называть психосоматическими. Использование методов

психической коррекции и психотерапии в таких случаях повышает эффективность реабилитационной программы.

Различают 4 группы психических расстройств. Первая группа- это психические нарушения как реакция на сам факт заболевания, госпитализацию и связанный с этим отрыв от семьи, привычной обстановки. Вторую группу составляют нарушения, которые являются составной частью клинической картины заболевания. Третью группу психических расстройств составляют психопатические нарушения, которые наблюдаются чаще при длительных заболеваниях и проявляются в заострении личностных особенностей и реакций. Четвертая группа –психические расстройства при соматических заболеваниях. Включение в программу реабилитации таких методов психической саморегуляции как: 1. Бодинамика- метод который заключается в воздействии на психику через тело. Все мышцы тела человека связаны с его психическим развитием. Заключается в определении функции, которую необходимо развить, составлении индивидуальной мышечной карты. Оценивается степень развития мышц с последующим действием, направленным на «обучение» мышц, для получения нового ресурса, способности. 2. Танцевально-двигательная терапия - процесс выполнений индивидом ряда упражнений, которые могут снизить нервную активность и сократительное напряжение поперечнополосатой скелетной мускулатуры. Позволяет работать с мышечными паттернами и концентрируется на взаимоотношении между психологическими и физиологическими процессами, помогает пациентам пережить, распознать и выразить свои чувства и конфликты. Базируется на определении того, что тело и психика одно целое. 3. Арт-терапия – основывается на искусстве и творчестве. Происходит воздействие на психоэмоциональное состояние пациента для установления с ним контакта, облегчить процесс лечения, развить самоконтроль и повысить самооценку. Показывает высокую эффективность при стрессе и депрессии вызванными различными заболеваниями. 4. Метод Моше Фельденкрайза. Телесно-ориентированная психотерапия, направлена на изменение привычных движений. В результате занятий по данному методу достигается повышение уровня сенсорной чувствительности, развивается способность сохранять спокойствие и сосредоточенное внимание, увеличивается гибкость и подвижность. 5. Произвольная регуляция дыхания (медитативные упражнения)- процесс, посредством которого пациент сознательно контролирует число дыхательных движений. Цель - заставить пациента произвольно изменить привычный ритм своего дыхания, чтобы вызвать состояние большей релаксации. 6. Вербальное самовнушение - позволяет посредством сеансом самовнушения (без гипноза) подавить вредные психические представления.

Все эти методы дают возможность поставить физическую реабилитацию на новый уровень развития и увеличить в несколько раз эффективность проведения мероприятий по восстановлению состояния пациента и его психики.

Тесленко А.С., Гардашова Д.Н.
ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра анатомии человека
Научный руководитель: асс. Карпьяк Т.Ф.

Тазобедренный сустав является одним из самых крупных суставов нашего тела. Он является основным опорным суставом и несет значительную нагрузку при ходьбе,

беги, переносе тяжестей. Форму тазобедренного сустава можно представить в виде шара, расположенного в глубоком гнезде округлой формы.

Суставная впадина тазобедренного сустава образована тазовой костью и называется вертлужной впадиной. В ней находится головка бедренной кости, которая связана с телом бедренной кости при помощи шейки. Несколько ниже шейки бедра находятся костные возвышения, называемые большим и малым вертелами. К ним прикрепляются мощные мышцы. Вокруг сустава есть суставная капсула, которая содержит связки, укрепляющие тазобедренный сустав. С одной стороны эти мощные связки прикрепляются одним концом к тазовой, а другим концом - к бедренной кости. Еще одна мощная связка связывает головку бедренной кости с дном вертлужной впадины. Тазобедренный сустав прикрыт мышцами ягодичной области сзади и мышцами передней группы бедра спереди. Головка бедренной кости, расположенная в ацетабулярной впадине, покрыта суставным хрящом.

При переломе шейки бедренной кости повреждается не только кость, но и разрываются сосуды, и костный отломок (головка и часть шейки бедренной кости), лишенный кровоснабжения, может рассосаться, постепенно исчезнуть. Такое состояние называют остеонекрозом или аваскулярным некрозом головки и шейки бедренной. Кроме того, лишенный кровоснабжения костный отломок головки и шейки бедренной кости может не прирасти, может возникнуть такое состояние как несращение перелома. Переломы шейки бедренной кости – это серьезная медицинская проблема. Связано это с ее высокой частотой. Статистика показывает, что переломы шейки бедра составляют 6% от всех переломов. Существует три вида переломов шейки бедренной кости: переломы в областях шейки, головки и большого вертела. Отличаются они друг от друга степенью тяжести. Если плоскость перелома проходит выше прикрепления капсулы тазобедренного сустава к бедру, переломы называются медиальными или срединными. Медиальные переломы шейки бедра - внутрисуставные. Линия медиального перелома может проходить вблизи перехода шейки в головку бедра, или через шейку.

Если плоскость перелома проходит ниже прикрепления капсулы сустава к шейке бедра, перелом называется латеральным (боковым), или вертельным. Все боковые переломы внесуставные.

Тиханський Д.С.

ДИНАМІКА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ В УНІВЕРСИТЕТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра фізіології

Науковий керівник – асистент кафедри фізіології Сокол О.М.

В умовах інноваційного реформування існуючої системи вищої освіти і підвищення вимог до професійної компетентності фахівця актуальними є дослідження механізмів формування адаптації до тривалої дії інформаційного стресу та розробка підґрунтя профілактичних заходів запобігання порушень здоров'я студентів.

Виходячи з цього метою проведення дослідницької роботи стало вивчення загальної неспецифічної стійкості організму молодій людини за показниками вегетативної нервової регуляції в умовах психоемоційного напруження. Дослідження було проведено на студентах-юнаках загальної фізичної групи І-ІІІ курсів ХНМУ в умовах навчального процесу, який імітував психоемоційне навантаження динамічного характеру.

Початкові етапи навчання характеризувалися формуванням неспецифічної емоційної напруги, яка проявлялася практично у всіх студентів і активувала формування специфічних адаптаційних реакцій. Після 2-го і 3-го семестру навчання

спостерігалось виразне розділення студентів за варіантами реалізації пристосувальних реакцій: 42% студентів проявляли адекватну адаптацію до навчальної діяльності; 12% студентів після неспецифічної активації відразу переходили до виснаження адаптаційних можливостей; і у 56% студентів адаптація до навчального навантаження носила надмірний характер. Останні дві групи студентів в кінцевому рахунку об'єдналися в єдину групу, фізіологічні показники якої характеризували виснаження адаптаційних можливостей з виникненням напруги в функціональних системах кровообігу, дихання та забезпечення сенсорного сприйняття.

Тихонова О.О.
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра микробиологии

Научный руководитель: Габышева Л.С.

Бактериофаги представляют собой бактериальные вирусы, их антибактериальный эффект обусловлен специфическим лизисом (гибелью) бактерий в очаге воспаления.

Активность лечебно-профилактических бактериофагов в отношении возбудителей гнойно-септических и энтеральных заболеваний достаточно высока — от 72 % до 90%, в том числе и в отношении штаммов госпитального происхождения. Соответствие препаратов бактериофагов современной этиологической структуре возбудителей достигается их постоянной адаптацией к циркулирующим штаммам за счет обновления фаговых рас и производственных бактериальных штампов.

Согласно результатам исследований, проведенных учеными из Лаборатории бактериального патогенеза и иммунологии (Нью-Йорк, США), бактериофаги могут применяться для эрадикации носительства стрептококков группы А без воздействия на нормальную микрофлору слизистых оболочек. Ученые полагают, что впервые с момента открытия антибиотиков появилась альтернативная стратегия воздействовать на бактерии, используя ферменты, вырабатываемые бактериофагами. В данном исследовании изучалась муреиновая гидролаза (лизин), которая продуцируется стрептококковым бактериофагом С(1). Этот фермент специфичен в отношении стрептококков групп А, С, и Е и не обладает активностью против других стрептококков и микроорганизмов, которые являются нормальными обитателями полости рта и носоглотки.

Отсутствие противопоказаний и осложнений при применении препаратов бактериофагов, возможность их использования в сочетании с другими лекарственными препаратами, в том числе и с антибиотиками, активность в отношении антибиотико-резистентных штаммов и адаптация бактериофагов к современным возбудителям — все это позволяет оценить препараты бактериофагов как высокоэффективное и перспективное средство экстренной терапии гнойно-септических и энтеральных инфекций.

Товстуха И. А., Артемьева Е. Ю., Лукьянова Л. В.
РОЛЬ АСБЕСТА В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ
ПЛЕВРЫ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской и биоорганической химии
Научный руководитель – проф. Сыровая А. О.

Связанный с асбестом риск для здоровья оценивают на основании опыта прошлого, когда содержание асбестовых волокон в воздухе на рабочих местах было намного выше, чем сегодня. При этом экстраполируют линейную зависимость доза–

эффект в область малых доз. Однако применимость линейной беспороговой гипотезы к малым дозам асбеста не доказана.

Среди асбестообусловленных заболеваний обычно обсуждают злокачественную мезотелиому (ЗМ) плевры. ЗМ – редкая опухоль, морфологический дифференциальный диагноз которой нередко вызывает трудности. На этом фоне целенаправленный поиск ЗМ среди лиц, имевших контакт с асбестом, неизбежно ведет к завышенной оценке заболеваемости. Некоторые исследователи, выявив минимальное количество волокон в плевре или ткани легкого, рассматривают ЗМ как асбестообусловленную. В результате этого ЗМ этиологически связывают с сомнительным контактом с асбестом в прошлом. Требуется уточнения сравнительная оценка канцерогенного действия волокон асбеста разных типов: амфиболовой (амозит, крокидолит, тремолит, антофиллит, актинолит) и серпентиновой (хризотил) групп. Агентство США по охране окружающей среды (US Environmental Protection Agency – EPA) придерживается концепции «все волокна равны». Однако, получено немало данных, указывающих на более низкую канцерогенность хризотила по сравнению с амфиболами. Содержание волокон в ткани легкого не обязательно отражает их накопление в плевре и, соответственно, способность индуцировать ЗМ. Известно также о преимущественном накоплении в плевре хризотила, что может иметь значение при развитии ЗМ. Предполагается, что содержание тремолита в хризотиловых продуктах может влиять на канцерогенный эффект. Сообщалось, например, что хризотилевые волокна большей длины, используемые в текстильной промышленности, обладают более высоким канцерогенным потенциалом. Более того, продольное расщепление волокон хризотила (но не амфиболов) может приводить к образованию тонких фибрилл, труднее выявляемых при электронной микроскопии. При этом суммарное количество волокон увеличивается, возможно, вместе с канцерогенным эффектом. Отмечена более высокая эффективность хризотила как провоспалительного агента по сравнению с другими видами асбеста. В недавних обзорах сделаны выводы об относительно низком канцерогенном потенциале хризотила по сравнению с амфиболами. На основании обзора экспериментальных работ предполагается, что контакт с волокнами асбеста разных типов сопряжен примерно с одинаковым риском. Способность хризотила вызывать ЗМ существенно не отличается от таковой амфиболов. Даже если принять гипотезу, согласно которой хризотил не вызывает мезотелиому, не следует оставлять без внимания риск рака легкого и асбестоза. В отношении рака легкого канцерогенность хризотила, по-видимому, не отличается от таковой других форм асбеста. Заболеваемость населения Украины ЗМ оценивается как спорадическая, характеризующаяся невысоким уровнем и темпами прироста.

Во всем мире исследования заболеваний, связанных с асбестом, подвержены коммерческому влиянию. Волокна многих материалов, предлагаемых в качестве «безопасных» заменителей асбеста, могут накапливаться в органах дыхания в количествах, достаточных для развития заболеваний. Представляется вероятным то, что канцерогенный потенциал волокон определяется не столько их химическим составом, сколько размерами и механическими свойствами. Таким образом, искусственные заменители асбеста не являются а priori менее канцерогенными. В связи с этим было бы рациональным на современном этапе придерживаться концепции «все волокна равны». Нормы и правила должны пересматриваться в соответствии с научными знаниями и координироваться на государственном уровне.

Третьяк Н.А.
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИДАТКОВ СЕМЕННИКОВ
СОБАКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель: Рыхлик С.В.

Возрастные изменения в репродуктивной системе всегда представляли научный интерес. В своей работе мы изучали строение придатков семенников собаки разных возрастных категорий на гистологических препаратах, окрашенных гематоксилином-эозином.

На исследуемых препаратах наблюдается следующее строение выносящего канальца и протока придатка. Выносящие канальцы: эпителий двухрядный, включает 2 вида клеток – реснитчатые (высокие) и кубические (невысокие), которые не имеют ресничек и являются секреторными клетками апокринового типа, которые расположены группами и чередуются с реснитчатыми клетками; мышечная оболочка – циркулярный слой гладких миоцитов; адвентициальная оболочка. Контур просвета канальца не ровный. Проток придатка: эпителий – многорядный призматический, состоящий из полигональных базальных клеток и высоких цилиндрических микроворсинчатых эпителиоцитов; мышечная оболочка – циркулярный слой гладких миоцитов; адвентициальная оболочка. Контур просвета ровный.

При возрастных изменениях придаток семенника с первых дней после рождения представлен выносящими канальцами (головка), протоком придатка семенника и межуточной тканью. Эпителий выносящих канальцев и протока придатка двухрядный. Апикальные края эпителиоцитов имеют реснички. В период половой зрелости в придатке семенника отмечается увеличение высоты эпителия, особенно в области головки; в теле и хвосте придатка изменения незначительны. Диаметр протока и просвета придатка увеличивается. В период инволюции происходит дегенерация различных клеток, разрастается соединительная ткань, диаметр протока и просвет придатка уменьшается.

Хворостинко Р.Б.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО
КЛОНИРОВАНИЯ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель – Клочко Н.И.

Стволовые клетки способны развиваться в разные виды тканей и участвуют в обычном поддержании жизнеспособности организма и восстановлении повреждённых органов. На ранней стадии развития зародыши содержат эмбриональные стволовые клетки, которые являются плюрипотентными. Технологии клонирования дают нам возможность производить эмбриональные стволовые клетки с HLA-фенотипом конкретного пациента, то есть не вырабатывающие антигены тканевой совместимости. Каждый человек обладает уникальным набором этих антигенов, и их несовпадение у донора и реципиента является важнейшей причиной несовместимости при трансплантации. Соответственно, шанс того, что донорские эмбриональные клетки будут отторгнуты организмом реципиента очень невысок, таким образом разрешается проблема отторжения чужого органа, нередко препятствующая трансплантации. Учёные надеются разработать методы, позволяющие программировать, в какую именно ткань будут развиваться эти клетки. В результате может появиться возможность выращивать клетки для конкретных пациентов и с их помощью

восстанавливать повреждённые органы. Это может избавить нас от необходимости производить пересадку органов и значительно увеличить вероятность восстановления таких органов, которые пересадить невозможно, например, мозга.

Разработка биотехнологий получения в большом количестве стволовых клеток при терапевтическом клонировании даст возможность медикам корректировать и лечить многие заболевания, такие, как инсулинозависимый диабет, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, болезни сердечной мышцы и других отдельных органов. Во многих случаях даже не надо растить их заново – обкалывая ЭСК пораженный орган (например, сердце после инфаркта) можно добиться восстановления его функций.

Технология терапевтического клонирования будет базироваться на 2 основных процессах: на выращивании здоровой ткани из стволовых клеток, обеспечивая альтернативный источник для трансплантации клеток, который теоретически может быть безграничен, и пересадке такой ткани, на место поврежденной или больной. В основе же метода создания здоровых тканей лежат два биологических процесса — первоначальное клонирование человеческих эмбрионов до стадии бластоцисты, возникающей уже на 5-6 день после оплодотворения. Далее происходит культивирование ЭСК и выращивание их в питательных средах необходимых тканей и органов. Эмбриональные стволовые клетки обладают важнейшими для терапевтического клонирования свойствами: способность размножаться в недифференцированном, но плюрипотентном состоянии (самообновление); способность дифференцироваться во многие специализированные типы клеток.

Однако получение ЭСК пока возможно только через создание и последующее разрушение человеческого эмбриона. Во многих странах это считается этически и религиозно недопустимым. Пригодные для клеточной терапии клетки могут быть получены и другими путями: из собственных тканей пациента (костного мозга, жировой ткани, крови), из тканей человека-донора, из материала, остающегося после аборт. Но клетки, полученные, из двух последних источников для организма чужеродны и будут им, хотя и не сразу, отторгнуты.

Сейчас многие учёные работают над получением и использованием, так называемых индуцированных плюрипотентных стволовых клеток. Это очень перспективное направление — такие клетки могут быть получены "перепрограммированием" клеток взрослого организма, а по способности превращаться в другие типы сравнимые с ЭСК. Однако их получение требует вмешательства в клеточный геном, что может оказаться небезопасно.

Среди современных технологий наиболее быстро развивающейся является 3D-принтинг с помощью ЭСК, которые со временем дифференцируются в клетки создаваемого органа. Для начала послойно делается точная копия того или иного органа. Далее необходима дифференцировка ЭСК в характерный данному органу тип клеток и пересадка органа, однако это пока не было осуществлено.

Можно сделать вывод, что для будущего развития клонирования ЭСК являются наиболее перспективным материалом, однако морально-этические проблемы загоняют в тупик развитие данной отрасли.

Цисельский Т.Р.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕМЕННИКОВ
МЛЕКОПИТАЮЩИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА
Харьковский национальный медицинский университет

кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

Научный руководитель: Рыхлик С.В.

Объект исследования. Препараты семенников собак в период половозрелого состояния и стареющих особей, окрашенные гематоксилин-эозином, по методике пикро-Маллори.

Цель исследования: изучить морфологическое строение семенников собак в период половозрелого состояния и стареющих особей.

Паренхима яичка собаки состоит из многочисленных семенных канальцев, выстланных эпителиальными клетками Сертоли. Эти канальцы являются производными целомического эпителия первичной почки (pronephros) и участвуют в сперматогенезе. Между клетками Сертоли лежат первичные половые клетки — сперматогонии, которые представляют собой сперматозоиды на различных стадиях развития. Между семенными канальцами располагаются промежуточные клетки Лейдига. Эти клетки скапливаются вокруг кровеносных сосудов. Эти клетки сравнительно крупные, округлой формы, с ацидофильной цитоплазмой, вакуолизированной по периферии. В более зрелом возрасте в цитоплазме начинает откладываться пигмент.

Соединительнотканые перегородки белочной оболочки яичка веерообразно расходятся и делят паренхиму яичка в вертикальном направлении на доли. Каждая доля состоит из длинных извитых семенных трубочек, соединяющихся вблизи гайморова тела в прямые семенные канальцы, которые вступают в гайморово тело и там образуют галлерову сеть.

В результате исследования было выявлено, что в препаратах стареющих особей наблюдаются дегенеративные изменения семенных канальцев с уменьшением числа и объема клеток Лейдига, а также наличием пигмента в них, в отличие от препаратов семенников половозрелых особей.

Цись Ю.В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра анатомии человека

Научный руководитель – асс. Бабій Л.М.

Что касается методов исследования нервной системы, то принято подразделять их на следующие разделы: – нейровизуализационные методы; – нейрофизиологические методы; – методы исследования деятельности головного мозга; – исследование сосудистой системы человека; – другие методы.

К нейровизуальным методам принято относить: МРТ головного мозга, компьютерную томографию, эхоэнцефалоскопию. Такие методы предназначены для исследования структуры головного мозга, диагностике при образовании гематом, объемных образованиях головного мозга или внутричерепной гипертензии. Нейрофизиологические методы исследований – направлены на определения работы и полноценного выполнения функций нервных клеток (нейронов), нервов, нервных центров, спинного и головного мозга.

К ним относятся: -ЭНМГ(электронейромиография) – определяет уровень поражения нервно-мышечного аппарата; – термография – определяет болезни Коновалова – Вильсона, а так же Паркинсона; – ЭЭГ(Электроэнцефалография); – Магнитная стимуляция (МС) – направлена, на исследования потенциалов головного мозга, выявить отклонения, и оценить эффективность применения лечения при некоторых заболеваниях. Методам лечения с помощью электродов - это исследования головного мозга, которые основываются на наружном применении электродов, для регистрации электрической активности.

Это могут быть простые реакции на световые сигналы, глубокое дыхание или его задержка, пребывание пациента с открытыми или закрытыми глазами и другие дополнительные пробы. Обычно причиной для направления пациента на подобные исследования становятся частые судороги, потери сознания, обмороки, вариации кризисов. Это единственный метод точного определения причины заболеваний. Также данный способ исследования помогает определить сохранность функций структур головного мозга у больных находящихся в реанимации в коматозном состоянии.

При подозрении на эпилепсию и тики обычно для исследования очага патологии применяется видео ЭЭГ. Это метод, основанный на синхронной записи видеоизображения пациента и проведении ЭЭГ. Таким образом, можно выявить методом сопоставления двигательную активность пациента и электродную активность мозга, что помогает поставить точный диагноз.

Множественная запись сна или как ее еще называют полисомнография – это метод, основанный на наблюдении за состоянием и деятельностью головного мозга в период сна. Обычно сон занимает больше третьей части нашей жизни, и очень часто патологии сна вызывают проблемы со здоровьем. Обычно такими становятся бессонница, головная боль, храп, раздражительность, дневная сонливость и другие.

Результаты данных исследований в комплексе всех факторов определяют первопричину патологии, и соответственно дают возможность правильно установить лечение. Для определений патологий функций нервной системы также применяется метод, который называется вызывание потенциалов головного мозга. Метод основывается на записи мозговой активности, которая вызвана различными раздражителями. Это дает возможность исследовать рассеянный склероз, ретробульбарный неврит, травматическое поражение зрительных нервов, а также нарушения утреннего уха, слуховой нерв, нарушения в стволе головного мозга. Обычно таким методом также определяется причина тугоухости, степень поражения ствола головного мозга при травмах, а также деформации шейного отдела позвоночника. Данное исследование применяется к пациентам, у которых выявлены такие симптомы как частое головокружение, посторонние звуки в ушах, такие как шум или звон, а также диагностирование отит.

Шаповал В.В.

ТІМ'ЯНА ЧАСТИНА ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ЇЇ УРАЖЕННЯ

Харківський національний медичний університет,

кафедра анатомії людини

Науковий керівник: ас. Риженкова І. В.

Із численних праць присвячених вивченню часток головного мозку, дослідження тім'яної частини посідає чільне місце. Хоча остаточну роль цієї частини мозку ще не встановлено, з багатьох науково-літературних джерел можна встановити основні закономірності розміщення, будови та функцій.

Вона відділена від лобної частини за допомогою центральної борозни, а від скроневої – латеральною борозною. Під контролем цієї частини мовлення, тактильні відчуття, біль, просторові та температурні відчуття. В ній розрізняють вертикальну та постцентральну звивини, а також горизонтальні дольки. Порушення у роботі будь яких частин може призвести до порушень усіх функцій за які відповідає ця частина. В постцентральных звивинах закінчуються аферентні шляхи глибокої та шкірної чутливості. Порушення у роботі цієї звивини призводить до порушень орієнтації у просторі та регуляції вольових рухів, а також до порушень тактильної чутливості,

тобто не впізнання предметів на дотик. Ураження тім'яних дольок супроводжується різними агнозіями та дезорієнтацією у просторі. Не виключена і поява дефектів зору, причому наявність цих дефектів характерна, як для уражень частини однієї півкулі так і обох півкуль. Це ураження проявляється в порушенні здатності хворого до контрольованих рухів очей. А також зникає здатність використовувати руку навіть, якщо вона не паралізована. Тім'яні пошкодження в перші три роки життя, іноді, супроводжуються відставанням росту кісток і м'язів на протилежній половині тіла.

Отже, відомо, що тім'яна частка головного мозку має складну будову, та відіграє важливі функції у життєдіяльності людини. Будь-які ушкодження можуть призвести до тяжких порушень у роботі багатьох систем органів або чуттів людини.

Яковлева Д. Ю.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра медицинской биологии**

Научный руководитель: Мещерякова И.П.

В последние годы проблема токсокароза является все более актуальной. Загрязнение почвы ведет к росту заболеваемости гельминтозными инвазиями, что связано главным образом с характером занятости населения.

Цель работы: анализ особенностей клинико-лабораторной картины токсокароза.

Научность: исследование клинико-патологических проявлений висцерального токсокароза, связанного с таксидермической деятельностью. Разработка профилактических методов защиты для мастеров таксидермии.

Задачи: ознакомиться с историей исследования вида *Toxocara canis*; рассмотреть клинический случай, разработать профилактическую программу.

Выводы: 1. Рецидивирующий характер течения токсокароза определяет колебания показателей иммунологического анализа крови. 2. Токсокароз может быть причиной аутоиммунных и аллергических процессов в организме (без генетической предрасположенности). 3. Для токсокароза характерна длительность течения, поэтому в Украине в настоящее время разработаны 4 курса терапии. Эффективность каждого из них зависит от индивидуальных особенностей организма и степени заражения. 4. Результаты УЗИ и ЭЭГ не всегда являются показателями инвазированности организма. 5. Сознательное понимание профессионального риска поможет вовремя предупредить заболевание токсокарозом.

Материалы данной работы могут быть использованы для профилактики токсокароза, в частности, для определенных групп людей, деятельность которых связана с профессиональным риском (таксидермисты, охотоведы, лесоводы, ветеринары, садоводы, аграрии и др.).

Яремко И.Я.

МЕТОДИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии**

Научный руководитель: Рыхлик С.В.

Целью данного исследования было изучить методику изготовления и окрашивания препаратов на основе секционного материала предстательной железы, семенников, придатков семенников собаки.

Для этого объекты предстательной железы размером 1см×0.5см фиксировали в 10% формалине в течение 48 часов. Критериям достаточной фиксации служило равномерное уплотнение объекта и одинаковый вид его как с поверхности, так и на контрольном разрезе. Затем использовались общепринятые методы обезвоживания, заливки в парафин объектов по схеме Меркулова. Этап обезвоживания материала состоял в проведении его через спирты от 70° до 80° и трех спиртов 96°. Этап заливки в парафин начинался с помещения объектов в т.н. «кашицу», которая состояла из хлороформа и парафина в равных частях (1:1) на 40 минут в термостате при t° 37°. Затем объект перекладывался в парафин №1 на 40 мин., потом в парафин №2 на 40 мин., а затем в парафин №3 также на 40 мин. Таким образом, нами была изменена экспозиция при пропитывании ткани в парафинах. Следующим этапом было изготовление тонких (7мкм) гистологических срезов и их окрашивание.

Для детального определения пространственных взаимоотношений между различными частями объекта исследования, мы использовали стандартную гистологическую окраску гематоксилин-эозином, однако использовали не гематоксилин по Меркулову, а гематоксилин Кораца (водный), что в сочетании с более короткой экспозицией в краске (2-3 мин. вместо 5-10 мин.) дало возможность четко выявить как все клеточные элементы железы, так и ее неклеточные структуры. При этом процесс окрашивания проходил быстрее, что не повлияло на качество приготовленных окрашенных срезов.

ТЕРАПІЯ

Prosolenko K., Ofori William

THE ROLE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE PATHOGENESIS OF HYPERTENSION AND OBESITY

Kharkiv National Medical University

It is known that the prevalence of hypertension (EH) in the adult population of Ukraine is 33%. In this case, it is common combination of abdominal obesity as part of the metabolic syndrome. Important role in the pathogenesis of essential hypertension in the background belongs to obesity endothelial dysfunction.

Objective: to assess the state of the endothelium in patients with essential hypertension and obesity.

Materials and Methods: 96 patients were examined. All patients were divided into two groups: Group 1 - 71 patients (in violation of endothelium-dependent vasodilation - EDVD) and group 2 - 25 patients (without violation of EDVD). The amount of stable metabolites of NO - (NO₂ + NO₃) and endothelin 1 (ET-1) were measured in plasma and urine by known methods. Endothelial function was measured by determination of the dynamics of blood flow in brachial artery during reactive hyperemia. Evaluation was conducted on the ultrasonic diagnostic system LOGIQ 5 (USA) by the method described by D.Celermajer (1992).

In the first group were found 34% higher rates of NO₂ + NO₃ than in the group without EDVD ($P < 0,05$). The parameters of ET-1 also revealed a significant difference. Thus, in the first group were found 42.5% higher rates than in second group ($P < 0,01$). In 23 patients with significant (more than 30 mmol / l) increase in NO₂ + NO₃, we recorded significantly lower EDVD - 25 % as compared with those that were found in all studied patients, $P < 0.001$.

Conclusions: The findings may indicate an important role of vascular remodeling process in violation of endothelium-dependent vasodilation in patients with essential hypertension and obesity.

Ryndina N., Tytova G., Rynchak P.

ACTIVITY OF ERYTHROPOIESIS IN ANEMIC PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE: FOCUS ON SOLUBLE TRANSFERRIN RECEPTOR

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Scientific supervisor: Prof. Kravchun P.G.

Anemia has been recognized as a very common and serious comorbidity in chronic heart failure (CHF) and chronic kidney disease (CKD). A clear association of anemia with worse prognosis has been confirmed in multiple heart failure trials.

The aim - to evaluate the activity of erythropoiesis based on determining the dynamics of soluble transferrin receptor (sTfR) level in patients with CHF and CKD with anemia varying grades of severity.

Materials and methods. 105 anemic CHF and CKD patients were examined (age 68 ± 10 years) - 45% male and 55% female. It was found that 60% of all anemic patients had III NYHA class and 40% of them - IV NYHA class. Control group included 35 non-anemic CHF patients (age 66 ± 11 years) - 69% male and 31% female. The concentration of sTfR in serum was determined by immunoassay.

Results. In anemic patients with CHF and CKD decreasing of sTfR level according to increase anemia severity was found (grade 1 of anemia $2,21 \pm 0,05$ pg/ml, grade 2 of anemia $1,117 \pm 0,04$ pg/ml, grade 3 of anemia $0,47 \pm 0,02$ pg/ml, $p < 0,001$). There were no differences

between sTfR levels in patients with grade 1 of anemia compared to controls (grade 1 of anemia $2,21 \pm 0,05$ pg/ml, controls $2,25 \pm 0,067$ pg/ml, $p \geq 0,05$). Results of studying the dynamics of sTfR in anemic patients with CHF and CKD showed deep disturbances in the form of its serum concentrations reduction in parallel with anemia severity, which reflects the depletion of erythropoietic activity.

Conclusions. Presence of 1st grade anemia in patients with CHF and CKD is accompanied by sufficient erythropoiesis, which indicates the existence of adequate adaptive reactions at this stage. Progression of anemia severity was characterized by reduced erythropoietic activity.

Андрєєва А.О.

ВПЛИВ ВІСФАТИНУ НА СУДИННЕ УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Харьковський національний медичний університет, кафедра ВМ№1

Науковий керівник – д.мед.н., професор Бабак О.Я.

Мета дослідження вивчити вплив вісфатину на судинне ремоделювання загальної сонної артерії (ЗСА) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з абдомінальним ожирінням (АО).

Методи та об'єкт дослідження включали обстеження 78 хворого на ГХ та 14 практично здорових індивідів, які увійшли до контрольної групи. У 42 хворих на ГХ було діагностовано АО. Хворі співставні за статтю та віком. Для визначення концентрації вісфатину в сироватці крові пацієнтів проводили за допомогою набору реагентів (виробництва фірми «RayBiotech», США), імуноферментним методом. Ремоделювання ЗСА, а саме потовщення комплексу інтима-медіа (КІМ) визначали за допомогою ехокардіографічного дослідження (Ехо-КГ) на діагностичному комплексі "Ultrasound scanner" (НІІРІ, Харків, Україна). Статистичну обробку даних проводили з використанням програми «Statistika 6.0» та «Microsoft Excel 2013».

Результати. Порівнюючи вміст вісфатину в сироватці крові хворих на ГХ з та без АО з потовщеним КІМ ЗСА були виявлені вірогідні відмінності, при цьому рівень вісфатину був вищим при ГХ з АО на 38% ($p < 0,05$). Аналізуючи взаємозв'язок між рівнем вісфатину та потовщенням КІМ ЗСА у хворих на ГХ з АО був встановлений позитивний кореляційний зв'язок - $r = 0,42$ ($p < 0,05$).

Висновки. Такі дані свідчать про те, що підвищення рівня вісфатину в сироватці крові може бути одним із чинників приймаючих участь в ремоделюванні ЗСА у хворих на ГХ з АО.

Архипкіна О.Л., Введенська А.Є., Поляков О.В.

РІВЕНЬ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішніх та професійних хвороб**

Відповідно до сучасної концепції патогенезу, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) розглядають як хронічне, дифузне, неалергічне, персистуюче запалення бронхів, паренхіми та судин легень, інтенсивність якого наростає по мірі прогресування захворювання. Відомо, що у патогенезі імунозапальних захворювань беруть участь біологічно активні сполуки - цитокіни, які здатні регулювати напрямок реагування імунної системи на ті чи інші фактори.

Метою дослідження було вивчення вмісту цитокінів TNF- α та IL-10 у хворих на (ХОЗЛ).

Матеріали та методи. Обстежено 47 хворих на ХОЗЛ II ступеня чоловіків, які знаходилися на лікуванні у клініці НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. Середній вік обстежених склав $57,1 \pm 1,62$ роки. Тривалість захворювання була $9,4 \pm 0,83$ років. Частота загострень ХОЗЛ у хворих склала $3,1 \pm 0,85$ разів на рік. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб чоловічої статі. Вміст цитокінів TNF- α та IL-10 у сироватці крові визначали імуноферментним методом за допомогою наборів реагентів відповідно до інструкції фірми виробника „Вектор Бест” (Росія, Новосибірськ).

Результати дослідження. Вміст TNF- α у хворих на ХОЗЛ був достовірно вищим по відношенню до контрольної групи ($80,27 \pm 1,95$ пг/10⁶ проти $42,59 \pm 1,98$ пг/10⁶, відповідно; $p < 0,05$). Визначення рівню протизапального цитокіну IL-10 виявило його зниження порівняно з особами контрольної групи. Так, у групі співставлення рівень інтерлейкіну-10 склав $25,61 \pm 3,24$ пг/10⁶, що було нижчим ніж у групі контролю – $33,04 \pm 2,51$ пг/10⁶.

Висновки. Таким чином, проведене дослідження демонструє порушення балансу імунорегуляторних цитокінів (TNF- α та IL-10) у хворих на ХОЗЛ у бік хронізації запального процесу.

Базалеева А.Н.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины № 3.**

Научный руководитель доц. Ильченко И.А.

Актуальность. Повышенное артериальное давление (АД) регистрируется у 20-30% взрослого населения в общей популяции и существенно влияет на продолжительность и качество жизни. Украина входит в число стран с максимальной смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний. В 2012 г. заболевания сердечно-сосудистой системы обусловили 65,8% смертей среди жителей Украины. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) повышает риск не только макроваскулярных осложнений - инсульта, инфаркта миокарда, внезапной смерти, атеросклероза периферических сосудов, но и микроваскулярных - ретинопатии, нефропатии и нейропатии.

Цель исследования. Определить нарушения ритма сердца у больных артериальной гипертензией, сахарным диабетом и при их сочетании.

Дизайн исследования. Обследовано 36 больных, 19 мужчин и 17 женщин. Критериями включения в исследование были наличие у больных гипертонической болезни (ГБ) II стадии 2-3 степени и СД в стадии субкомпенсации. Всем больным проведены инструментальные исследования: суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ) и суточное мониторирование АД (СМАД).

Больные были разделены на 3 группы по нозологическим формам. 1-я группа - 12 больных с ГБ: 6 мужчин и 6 женщин; средний возраст - $56,3 \pm 3,5$ года, длительность ГБ - $10,2 \pm 4,3$ года. 2-я группа - 10 больных СД - 6 мужчин и 4 женщины; средний возраст - $51,5 \pm 2,7$ года, длительность СД - $6,2 \pm 3,3$ года. 3-я группа 14 больных, 7 мужчин и 7 женщин с ГБ и СД; средний возраст - $54,3 \pm 2,8$ года, длительность ГБ - $10,5 \pm 4,2$ года; СД - $6,2 \pm 3,4$ года. При проведении СМАД было выделено 3 типа суточного профиля АД: с адекватным (10 - 20%) ночным снижением АД (dipper); недостаточным (менее 10%) ночным снижением (non-dipper) и с ночным повышением АД (night-peaker). При проведении СМЭКГ установлено, что у больных с

повышением АД значительно чаще отмечались нарушения сердечной деятельности, которые субъективно ощущались больными. В группе больных с СД у половины пациентов аритмии не проявлялись клинически и были выявлены только с помощью дополнительных исследований. При анализе выявленных желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма установлено, что желудочковые аритмии достоверно чаще наблюдались у больных с ГБ: желудочковые экстрасистолы у 84% больных 1-й группы ($p<0,05$) и 92% - у больных 3-й группы ($p<0,05$). Пароксизмы желудочковой тахикардии выявлены у 65% больных 1-й группы ($p<0,05$) и у 71% больных 3-й группы ($p<0,05$). У больных с СД достоверно чаще ($p<0,05$) отмечались наджелудочковые аритмии, такие как предсердная экстрасистолия у 84% и пароксизмы фибрилляции предсердий у 37%.

Выводы. 1. У больных ГБ наиболее часто развиваются наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы, которые субъективно ощущаются больными. 2. У больных с СД чаще отмечаются бессимптомные нарушения ритма, что обусловлено развитием автономной вегетативной нейропатии. 3. Сочетание ГБ и СД значительно повышает риск развития желудочковых нарушений ритма - желудочковых экстрасистол, а также возникновение наджелудочковых аритмий, в том числе пароксизмальной фибрилляции предсердий.

Балута Б.Ю.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЧКИ. МОЖНО ЛИ РАЗОРВАТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ?

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины, аллергологии и иммунологии №2**

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Добровольская И.Н.

Еще на заре возникновения учения об артериальной гипертензии (АГ) была установлена тесная связь ее с почечной патологией. Сегодня открыто множество механизмов формирования и закрепления АГ, которые в той или иной степени «завязаны» на почках, и в то же время остается масса вопросов.

К регуляции АД причастны: ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) и натрий–объем–зависимая система. Оба этих механизма ориентированы на почки.

Поражение почечной паренхимы и АГ усугубляют друг друга, формируя порочный круг, а давность патологического процесса не дает возможности определить, что первично. Следует отметить, что тактика ведения пациентов в том и другом случае не всегда будет принципиально различаться, но если мы можем выявить и устранить почечную причину АГ, возможна даже нормализация АД.

Все ренальные гипертензии делятся на три основные группы: паренхиматозные (ренопаренхимные), реноваскулярные и смешанные гипертензии. Паренхиматозная АГ. Развивается вследствие заболеваний, вовлекающих в процесс почечную паренхиму, особенно почечные клубочки и внутрпочечные сосуды. Клинические проявления неспецифичны и практически идентичны таковым при эссенциальной АГ. Появление повышенного АД после перенесенного заболевания почек должно рассматриваться как проявление нефрогенной гипертензии. Реноваскулярная гипертензия (РВГ) – одна из самых частых форм вторичной АГ, она встречается в 5–10% случаев АГ. В основе ее возникновения лежит поражение (сужение) почечных сосудов, что влечет за собой снижение перфузии почки и высвобождение ренина. Подтверждением ренального происхождения АГ будет снижение АД на фоне эффективной терапии почечного заболевания. Повреждение почки вследствие АГ еще

больше усугубляет картину болезни, формируя порочный круг. Стойкая АГ приводит к повышенной нагрузке на клубочки. В капиллярах клубочков развиваются морфологические изменения, формирующие в конечном счете нефросклероз. Клиническими признаками повреждения почек при АГ являются: нарастающая микроальбуминурия, рост концентрации мочевины и креатинина в сыворотке крови.

Лечение ренальной гипертензии. Учитывая важнейшую роль РААС в становлении и стабилизации АГ, большое значение имеют препараты, влияющие на РААС: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и антагонисты рецепторов ангиотензина 2 (АРА2). иАПФ, блокируют образование АТII из АТИ, но существует альтернативный путь образования АТII в тканях без участия АПФ. Таким образом, врач сталкивается с феноменом «ускользания» гипотензивного эффекта иАПФ. АРА2 – работают на уровне взаимодействия АТII с АТИ–рецепторами, поэтому феномена «ускользания» в данном случае не наблюдается. Они не вызывают характерных для ингибиторов АПФ побочных эффектов. Имеются специфические почечные осложнения иАПФ: резкое падение СКФ, сопровождающееся повышением уровня креатинина сыворотки, гиперкалиемия. Механизмы действия АРА2 способствуют антипролиферативному действию. Таким образом, именно сартаны занимают лидирующую позицию среди препаратов применяющихся при почечной АГ. Доказана способность сартанов вызывать обратное развитие гипертрофии левого желудочка и гладкой мускулатуры сосудов, уменьшать внутриклубочковую гипертензию и протеинурию, ослаблять развитие фиброзных изменений в сердце и почках.

Баранова Е.В., Довгаль Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №3**

Научный руководитель – к. мед.наук, доцент Ильченко И.А.

Установлено, что частота поражения нервной системы (НС) при сахарном диабете (СД) зависит от длительности заболевания, возраста больных, степени выраженности нарушения углеводного обмена. Многочисленными исследованиями показано, что при манифестации диабета у 3,5 - 6,1% больных уже имеются определенные признаки диабетической нейропатии (ДН), через 5 лет от начала заболевания они выявляются у 12,5-14,5%, через 10 – у 20-25%, через 15 - у 23-27% и через 25 - у 55-65% больных.

Поражение автономной НС имеет вариабельные клинические проявления, сочетающие множество отличных друг от друга признаков и симптомов, на основании преобладания которых выделяют несколько форм ДН: кардиоваскулярную, гастроинтестинальную, урогенитальную, дыхательную, эндокринную и т.д. Одной из наиболее распространенных форм является кардиоваскулярная, которая проявляется тахикардией покоя, фиксированным ригидным сердечным ритмом (синдром денервации сердца), аритмиями, ортостатической гипотензией, безболевым ишемией и инфарктом миокарда, артериальной гипертензией, сосудистой гиперчувствительностью к катехоламинам, снижением толерантности к физической нагрузке, изменениями ЭКГ (дисперсией интервала ST, удлинением интервала QT, инверсией зубца T, псевдокоронарным подъемом сегмента ST), кардиореспираторной остановкой, дисфункцией левого желудочка, отеком синдромом, внезапной смертью. Симптомы более выражены в утренние часы, после приема пищи, при жаркой погоде, после физической нагрузки, а также при всех других ситуациях, вызывающих нежелательное перераспределение объема крови.

Для проведения начальной диагностики кардиоваскулярного варианта ДН наиболее широкое распространение получил метод 5 стандартных тестов по Ewing: изменение ЧСС при медленном глубоком дыхании (6 в одну минуту); тест Вальсальвы; тест Шелонга (ортостатическая проба); тест 30:15 (учащении ЧСС при вставании с максимальным значением к 15 удару с последующим урежением ритма); проба с изометрической нагрузкой. Проведение этих тестов позволяет выявить изменения, характерные для кардиоваскулярной ДН, уже на ранних стадиях заболевания и начать соответствующее лечение.

По данным исследований смертность у больных СД с четко определяемыми признаками и симптомами ДН в течении 5 лет составляет 56%, по сравнению с 15% уровнем смертности среди больных СД без ДН.

Основным условием эффективного лечения и профилактики ДН является достижение компенсации углеводного обмена. Но даже стойкая нормогликемия в течение 2-4 лет при длительном течении ДН не приводит к обратному развитию ее симптомов. Качество гликемического контроля более целесообразно как профилактическое, чем лечебное средство, а наиболее эффективными лечебными мероприятиями является патогенетическая терапия ДН.

Бильченко А.А.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра ПБМ№2 и медсестринства
Научный руководитель проф. Бездетко Т.В.

Целью нашей работы явилось изучение клинических особенностей хламидийной пневмонии (ХП), что имеет большое значение для диагностики и эффективной терапии. Мы наблюдали 32 больных ХП, преобладали мужчины (22 человека), возраст колебался от 26 до 76 лет. У 20 больных ХП (>60 лет) протекала на фоне сопутствующей патологии: ХОЗЛ, сахарный диабет, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, заболевания печени и др.

По степени тяжести больные ХП были разделены на 2 группы. В I группу вошли 12 пациентов (37%) с легким затяжным течением болезни, (средний возраст 38,5 \pm 6 лет). Во II группу вошли 20 пациентов (62%) с более тяжелым течением (средний возраст 62, 7 \pm 6 лет).

Больные I группы жаловались на интенсивный приступообразный сухой кашель, Заболевание манифестировалось симптомами фарингита. Больные успешно лечились амбулаторно и через 2 недели отмечали рецидив кашля. Диагноз ХП установлен рентгенологически. При рентгенологическом исследовании установлен двухсторонний процесс в легких в виде мелкоочаговых теней. Изменения в легких при физикальном обследовании отсутствовали. Клиника у больных 2 группы отмечалась более тяжелым течением: высокая лихорадка, интоксикация. Физикальные данные были скудные, с обеих сторон, ниже углов лопатки выслушивались единичные мелкопузырчатые звучные хрипы. При рентгенологическом обследовании определялось преимущественно двухстороннее поражение легочной ткани в виде множественных мелкопятнистых участков инфильтрации. В клиническом анализе крови у больных ХП – умеренный лейкоцитоз, значительное ускорение СОЭ, лейкоцитарная формула была практически без изменений. У 30% больных I группы была выявлена умеренная анемия. С-реактивный белок (СРБ) был исследован у 8 больных, который у всех был выше нормы (66,0 \pm 0,2 мг/мл при норме 6,0 мг/мл). При проведении

имунноферментного анализа (ИФА) у всех больных отмечено повышение титра антител класса G к *Chlamydia pneumoniae* более чем в 5 раз, титр антител класса M к *Chlamydia pneumoniae* были повышены в 3 раза у 23% больных первой группы. У 45% больных II группы титр антител класса G повышен в 3 раза, а класса M был повышен в 6 раз. Кроме того, у 33% больных второй группы отмечено повышение титра антител класса G к *Chlamydia trachomatis* в 4 раза. У 14 больных выполнено микробиологическое исследование мокроты – у 30% выявлен *St. Pneumoniae*, у 25% - аэробные грамотрицательные микроорганизмы. В иммунном статусе у 58% обследованных больных отмечено снижение показателей факторов неспецифической защиты.

Таким образом, течение хламидийной пневмонии протекает атипично, характерен двухсторонний процесс поражений, в крови отсутствует лейкоцитоз, СОЭ повышено, у большинства больных имеются признаки фарингита. Тяжелое течение ХП обусловлено наличием факторов риска: пожилым возрастом, присутствием вредных привычек, отягощенным социальным статусом, сочетанием хламидийной инфекции с 2 или 3 патогенами, иммунодефицитным состоянием.

Бильченко А.А., Просоленко К.А.

МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра внутренней медицины №1,

Научный руководитель: проф. Бабак О.Я.

Микроальбуминурия (МАУ) является маркером развития глобальной эндотелиальной дисфункции. Плохо изучена роль МАУ у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Цель: изучить взаимосвязь МАУ с основными маркерами атеросклеротического поражения у больных с ИБС.

Материалы и методы: Обследовано 39 больных с ИБС, (женщин – 20 (51,3%), мужчины – 19 (49,7%). Возраст больных от 43 до 70 лет. Для оценки уровня МАУ определяли соотношение альбумин/креатинин (САК) в моче с помощью стандартных тест - полосок. Ремоделирование сосудов оценивалось с помощью УЗИ сонных артерий с определением толщины комплекса интима/медиа (ТИМ) по стандартной методике. Всем больным определялся липидный спектр крови. В качестве маркера системного воспаления был использован уровень СРБ в плазме крови.

Результаты. Выявляемость МАУ у больных с ИБС составила 64,1%, при этом средний уровень МАУ у больных с ИБС был $28,9 \pm 12,9$ мг/ммоль. САК было выше среди больных ИБС мужского пола ($29,24 \pm 14,56$ мг/ммоль), по сравнению с женщинами ($21,3 \pm 0,01$ мг/ммоль). Уровень МАУ был выше у больных с ИБС с ТИМ каротидных артерий $\geq 0,9$ мм ($33,4 \pm 5,6$ мг/ммоль) по сравнению с больными, у которых ТИМ сонных артерий была менее 0,9 мм ($21,3 \pm 7,1$ мг/ммоль) - $p < 0,05$. Уровень МАУ не отличался достоверно у больных с ИБС с дислипидемией и без ($28,1 \pm 8,2$ мг/ммоль и $29,2 \pm 6,9$ мг/ммоль соответственно, $p > 0,05$). Выявлена взаимосвязь МАУ с активностью системного воспаления у больных с ИБС. Коэффициент корреляции САК в моче с уровнем СРБ в плазме крови больных с ИБС составил $r = 0,41$ ($p = 0,02$).

Выводы. Уровень МАУ у больных с ИБС был взаимосвязан с выраженностью атеросклеротического ремоделирования сосудов и степенью активности системного воспаления.

Борзова-Коссе С.І., Руденко М.І.
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ АНЕМІЙ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології і алергології
Науковий керівник: д. мед. н., проф. Кравчун П.Г.**

Залізодефіцитні анемії (ЗДА) є найпоширенішим видом анемії в світі. Патогенетичний симптомокомплекс залізодефіцитних станів включає ознаки анемії і тканевого дефіциту заліза. Таким чином, актуальність проблеми лікування хворих, що страждають на нестачу заліза в організмі не викликає сумнівів.

Метою нашої роботи було вивчення ефективності препарату тотема в хворих ЗДА різного генезу і ступеня важкості.

Під нашим спостереженням знаходилося 47 хворих ЗДА різного генезу і ступені важкості у віці від 26 до 65 років, з них 28 жінок і 19 чоловіків. Діагноз встановлювався на підставі клінічних і лабораторних даних. Препарат тотема призначався перорально по 10 мл 2 рази на день за півгодини до їжі. Лікування тривало впродовж 3 тижнів. До початку прийому препарату число еритроцитів складало від 1,5 до 3,6¹²/л, рівень гемоглобіну від 44 до 112 г/л, вміст сироваткового заліза – від 1,8 до 8,7 $\mu\text{mol/l}$. Після закінчення лікування в пацієнтів з легким і середньоважким ступенем анемії ці показники досягли нормальних, а у хворих з важкою анемією збільшилися майже удвічі в порівнянні з початковими показниками. Дослідження всмоктуваності заліза, проведене через 3, 6 і 12 годин після першого прийому препарату шляхом визначення рівня сироваткового заліза в крові показало, що максимальний рівень його вмісту відмічався через 3 години. Лише у трьох хворих відмічався побічний ефект - нудота, але необхідності у відміні препарату не виникло.

Отримані дані свідчать, що препарат тотема є ефективним засобом для лікування ЗДА, як у випадках легкого, так і важкого перебігу захворювання та добре переноситься хворими.

Воробьёва Е.Ю.
НАСКОЛЬКО СИЛЬНА ВАША ИММУННАЯ СИСТЕМА?

**Харьковский национальный медицинский университет, каф. Пропедевтики
внутренней медицины №2 и медсестринства
Науковий керівник - к. мед.н., доцент Химич Т.Ю.**

Здоровье молодежи является одной из актуальнейших проблем в Украине. По данным отечественных и зарубежных исследователей, число здоровых новорожденных в крупных городах Украины не превышает 1%, более 60% молодежи курят, а 50% подростков ограничены в выборе профессии по состоянию здоровья.

Одним из важнейших показателей здоровья человека является состояние его иммунитета. Иммунитет – это невосприимчивость нашего организма к антигенам – чужеродным агентам. Даже незначительное нарушение иммунных функций – универсального механизма защиты от чужеродных веществ и утилизации отработавших клеток – влечет за собой заболевания той или иной степени тяжести.

Целью нашего исследования стало: 1. Определение уровня иммунитета студентов ХНМУ. 2. Выявление основных факторов, влияющих на систему иммунитета. В рамках исследования было опрошено 35 студентов в возрасте 18–21 года: проанализирована зависимость состояния иммунного статуса (ИС) от трех групп факторов: психогенного, вредных привычек и частоты рецидивов герпеса. Выявлена четкая корреляция между состоянием ИС и психологическим статусом. Так, у 66%

студентов с низким уровнем иммунитета отмечено переутомление, у 85% – постоянный стресс, 55% не способны расслабляться, и чувствуют неуверенность на занятиях. Эти показатели в четыре и более раз ниже в группе студентов с высоким иммунным статусом. Наши результаты соответствуют современной концепции о том, что около 80% всех болезней связаны, так или иначе, с психогенным воздействием. Аналогичная зависимость была установлена в отношении вредных привычек. Показано, что 69% студентов с низким иммунитетом являются злостными курильщиками, 48% часто употребляют алкогольные напитки, что в четыре с лишним раза больше, чем в группах с хорошим и средним иммунным статусом (24% и 12% соответственно). Кроме того, студенты с низким иммунным статусом чаще страдают рецидивами герпеса.

Результаты данного исследования могут являться косвенными показателями состояния иммунной системы у респондентов. Прослеживается четкая зависимость состояния иммунной системы от наличия у респондентов вредных привычек. Это, в свою очередь, доказывает, что на состояние иммунной системы можно и нужно влиять через формирование здорового образа жизни.

Габісонія Т.Н.

РОЛЬ КЛІТИННОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

**Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої
медицини №2, клінічної імунології та алергології**

Науковий керівник Кравчун П.Г.

На думку багатьох авторів ведучою патогенетичною ланкою розвитку атеросклеротичних змін, у хворих на стабільну стенокардію є запалення. Серед численних факторів запалення, які беруть участь у розвитку атеросклерозу особливу увагу слід приділити неоптерину. Одним з найважливіших факторів, сприяючих прогресуванню ІХС є ожиріння.

Виходячи з вище наведеного метою нашого дослідження було визначити динаміку неоптерина у хворих на стабільну стенокардію та ожиріння в залежності від ступеня стенозу коронарних судин на підставі даних мультиспіральної комп'ютерної коронарографії (МСКТ).

Матеріали та методи. Для вивчення анатомічних особливостей судин коронарного русла та виявлення атеросклеротичних змін і гемодинамічно значущих звужень у в'язках 39 хворим, зі встановленим діагнозом стабільна стенокардія та супутнім ожирінням була проведена МСКТ коронарографія. Серед хворих було обстежено 9 (30%) жінок та 30 (70%) чоловіків, середній вік хворих склав $59 \pm 1,3$ роки.

Результати та їх обговорення. Нас зацікавила динаміка рівня неоптерина в залежності від ступеня гемодинамічно значущого стенозу коронарних судин у зв'язку з чим хворі були розподілені підгрупи в залежності від ступеня стенозу: 1 підгрупу склали хворі на стабільну стенокардію та ожиріння зі стенозом коронарних судин від 50% до 75% ($n=13$); 2 підгрупу склали хворі з субтотальним стенозом коронарних судин від 75% до 95% ($n=18$); 3 підгрупу склали хворі з тотальним стенозом коронарних судин від 95% до 100% ($n=7$). При аналізі отриманих результатів виявлено, що по мірі збільшення стенозу відбувалось достовірне підвищення неоптерина на 12,2% у хворих 2 підгрупи та на 51,2% у хворих 3 підгрупи в порівнянні з 1 підгрупою, що вказує на взаємозв'язок ступеня виразності та розповсюдженості атеросклеротичного ураження судин та рівня неоптерина. Ці результати підтверджуються позитивним достовірним кореляційним зв'язком між неоптерином та ступенем стенозу ($r=0,68$; $P<0,01$).

Висновки. На тлі збільшення стенозу за рахунок атеросклеротичної бляшки встановлені за даними МСКТ –коронарографії, відбувалось достовірне підвищення неоптерина, що вказує на взаємозв'язок ступеня виразності та розповсюдженості атеросклеротичного ураження судин та рівня неоптерина, це в свою чергу дозволяє розглядати підвищення рівня неоптерина, як маркер ризику розвитку ускладнень стабільних форм ІХС.

Герасимчук У.С.

ВЛИЯНИЕ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины № 3**

Научный руководитель - к.мед.н., доц. Лахно О.В.

Цель исследования: определение влияния жировой дистрофии печени (ЖДП) на течение сахарного диабета I типа (СД I типа).

Материалы и методы: обследовано 68 пациентов, не имевших сопутствующих нефропатий и ожирения. Из них средней тяжести 46 человек, тяжелый СД I типа – у 22. Программа обследования включала ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, части больным выполнялась пункционная биопсия печени под контролем эхолокации с последующим морфо-цитохимическим исследованием. Содержание кетоновых тел в моче определяли по методу Ланге. У всех пациентов определялась суточная доза инсулина/вес. Признаков поражения печени не было выявлено у 20 пациентов с СД I типа. ЖДП выявлена у 48 пациентов. У последних потребность в инсулине была выше ($0,68 \pm 0,16$ ЕД/кг) в сравнении с СД I типа без ЖДП ($0,46 \pm 0,08$) и осложнения СД I типа (нейропатии, ангиопатии) наблюдались у всех 48 против 1 и 2 случаев соответственно у больных с СД I типа без поражения печени. Боли в правом подреберье, тяжесть в правом подреберье, увеличение печени наблюдались у 4, 8 и 44 пациентов соответственно СД I типа с ЖДП. Типичным для данных пациентов был синдром неспровоцированных гипогликемий (44 против 2 случаев), не связанных с нарушением режима питания, неадекватным содержанием углеводов в пище или чрезмерной физической активностью. Более частыми в данной группе были и эпизоды кетоацидоза (46 случаев против 5 у больных с СД I типа без ЖДП).

Выводы: Значительные перепады гликемии у пациентов с СД I типа и ЖДП вызывают оксидативный стресс, способствуют формированию ангиопатий и нейропатий.

Гончарь О.В., Іванченко С.В.

ІНТЕРЛЕЙКІНИ 33 ТА 1β, ОСОБЛИВОСТІ ГЕОМЕТРІЇ ТА ДІАСТОЛІЧНОГО НАПОВНЕННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ОСІБ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ

Харківський національний медичний університет, кафедра ПВМ №1, ОББ

Мета. Дослідити взаємозв'язок між рівнями інтерлейкіну 33 (ІЛ-33) та 1β (ІЛ-1β) сироватки крові, ремоделюванням та частотою діастолічної дисфункції (ДД) лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням.

Матеріал і методи. 80 хворим на ГХ у віці $59,2 \pm 8,2$ р., у тому числі 51 пацієнту з ожирінням, виконано ехокардіографічне дослідження. Тип геометрії ЛШ визначався за класифікацією A.Ganau; розраховувалися відношення Е/А, Е/Е', тиск заклинювання легеневої артерії (ТЗЛА) за S.Nagueh. Рівні ІЛ-33 та ІЛ-1β визначалися за допомогою ІФА. Статистична обробка проводилася з використанням критеріїв Манна-Уїтні, Пірсона, кластерного аналізу.

Результати. Рівні ІЛ-33 та ІЛ-1 β були вірогідно підвищені у хворих із ГХ ($p<0,001$) порівняно зі здоровими особами, незалежно від індексу маси тіла. Виражене підвищення концентрації обох цитокінів (ІЛ-33 >73 пг/мл, ІЛ-1 β >25 пг/мл) асоціювалося з найвищими значеннями індексу маси міокарда (ІММ ЛШ) та частотою ГЛШ (100,0%, 90,0% концентричної ГЛШ); ДД ЛШ була виявлена в 70,0% хворих (60,0% І типу). Переважне зростання ІЛ-1 β (>20 пг/мл за рівню ІЛ-33 <71 пг/мл) асоціювалося з 55,0% частотою ГЛШ (плюс 30,0% концентричного ремоделювання та найбільшою розповсюдженістю ДД ЛШ (85,0%, 70,0% І типу). Переважне зростання ІЛ-33 (>71 пг/мл за ІЛ-1 β <25 пг/мл) було пов'язано з 66,7% частотою ГЛШ (рівні долі концентричної та ексцентричної гіпертрофії) та найнижчим рівнем ДД ЛШ (66,7%, 50,0% І типу).

Висновки. Рівні ІЛ-33 та ІЛ-1 β у хворих на ГХ були вірогідно підвищені незалежно від наявності та ступеню ожиріння. Виражене підвищення рівню ІЛ-1 β асоціювалося з вираженим ремоделюванням ЛШ та погіршенням його діастолічної функції; зростання ІЛ-33 за низьких рівнів ІЛ-1 β супроводжувалося протективним ефектом щодо розвитку ГЛШ та його ДД.

Делєвська В.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Харківський національний медичний університет,

кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології

Мета роботи: вивчити показники внутрішньосерцевої гемодинаміки у хворих на хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали та методи. Обстежено 34 хворих у ХМКЛ № 27, поділених на дві групи. В 1 групу увійшли 23 хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ (14 чоловіків та 9 жінок, середній вік $67,03 \pm 1,85$ рік), у 2 групу - 12 осіб (7 чоловіків і 5 жінок, середній вік $54,87 \pm 3,05$ років) з АГ без ХОЗЛ. Всім хворим проводилося ехокардіоскопічне дослідження.

Результати. Дослідження показало, що величина кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка (ЛШ) у хворих з АГ та ХОЗЛ була достовірно меншою, ніж у 2 групі. У хворих з поєднанням АГ та ХОЗЛ у порівнянні з особами з АГ без ХОЗЛ відзначалося істотне зниження кінцево-діастолічного об'єму ЛШ ($98,85 \pm 3,21$, $128,75 \pm 3,59$ і $121,50 \pm 3,42$ мл відповідно). Більш низькі значення ударного та хвилинного обсягів і фракції викиду ЛШ визначалися у хворих з АГ та ХОЗЛ у порівнянні з аналогічними параметрами в осіб з АГ без ХОЗЛ. Встановлено підвищення систолічного тиску в легеневій артерії у хворих на ХОЗЛ при наявності АГ.

Таким чином, більш складні гемодинамічні умови функціонування серця при поєднаній патології призводять до значно більш виражених порушень кардіогемодинаміки і малого кола кровообігу і прискорюють розвиток хронічного легеневого серця.

Дмитренко А.С., Дубинин С.А., Молчанюк Д.А., Острополец А.С. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра внутренней медицины №3

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Моисеенко Т.А.

Уточненные на основании принадлежности к определенному соматотипу показатели морфофункциональных характеристик УЗИ ЖП позволяют в клинической

практике объективно и с высокой точностью дифференцировать норму и пограничные состояния при УЗИ-диагностике заболеваний ЖП.

Целью исследования являлось выявить варианты формы, размеров желчного пузыря, а также его предрасположенности к заболеваниям у людей различных конституциональных типов.

Материалы и методы. Исследования выполнены с использованием аппарата УЗИ "Toshiba Nemio XGSSA-580A" (Япония). Исследовано 30 человек с различными соматотипами (10 чел. – астенический тип; 10 чел. – нормостенический; 10 чел. – гиперстенический) без заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей в анамнезе. Было получено, что средняя длина ЖП у астеников 10,5 см; нормостеников – 8,2 см; гиперстеников – 4,2 см. Средняя ширина имеет обратную зависимость: у гиперстеников наибольшая – 5,2 см; нормостеников – 4,5 см; астеников – 3,5 см. Форма ЖП у астеников чаще всего грушевидная, у нормостеников – овальная, у людей пикнического типа – цилиндрическая. Различные деформации в большинстве случаев встречаются у женщин, а также у людей гиперстенического типа (67, 1% от общего числа выявленных). Большую предрасположенность к развитию камней в желчном пузыре, а также дискинезии имеют молодые люди гиперстенического типа, билиарный сладж чаще развивается у астеников.

Выводы. Таким образом, состояние ЖП вариабельно у людей различных конституциональных типов, что необходимо учитывать при диагностике заболеваний данного органа.

Еременко Г.В.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
пропедевтики внутренней медицины № 2 и медсестринства**

Научный руководитель д.мед.н. профессор Оспанова Т.С.

Бронхиальная астма (БА) - хроническое, рецидивирующее заболевание, основным и обязательным патогенетическим механизмом которого является измененная реактивность бронхов, обусловленная специфическими иммунологическими (сенсibilизация и аллергия) или неспецифическими механизмами. Основной целью лечения БА является улучшение качества жизни больного за счет предотвращения обострений, обеспечения нормальной функции легких, поддержания нормального уровня физической активности, исключение побочного действия лекарственных средств, применяющихся при лечении БА. Исходя из ведущей роли воспаления в патогенезе БА, лечение предусматривает использование противовоспалительных средств, наиболее эффективными из которых являются глюкокортикостероиды (ГК). ГК блокируют основные патогенетические механизмы БА: уменьшают сосудистую проницаемость, предотвращают отек бронхиальной стенки, снижают выход эффекторных клеток воспаления в бронхо-альвеолярное пространство и блокируют выработку медиаторов воспаления из эффекторных, чем и обосновывается целесообразность их использования, особенно ингаляционных форм, не только при тяжелых и средне-тяжелых формах заболевания, но даже при легком его течении.

Длительный прием системных ГК приводит к возникновению нежелательных системных эффектов, что ограничивает их клиническое применение: синдрому Иценко-Кушинга, вторичной надпочечниковой недостаточности, артериальной гипертензии, медикаментозным язвам желудка и кишечника, частому возникновению

оппортунистической инфекции, миопатии, остеопорозу, нарушению жирового и углеводного обменов.

Цель работы: Оценить частоту распределения СД среди больных БА в условиях аллергологического стационара.

В работе использованы данные, полученные в результате ретроспективного анализа 260 историй болезни больных БА 3-4 ст. частично контролируемой и неконтролируемой. Верификация диагноза проводилась с помощью общепринятых методов обследования больных. Были изучены данные анамнеза (проведено генеалогическое анкетирование), объективное исследование, исследование ИМТ, клинические анализы крови и мочи, суточный диурез, функциональное состояние легких – ФВД, пикфлоуметрия, уровень гликозилированного гемоглобина, суточное мониторирование уровней сахара крови. В процессе анализа у 63 больных (24%) БА было выявлено сочетание БА и СД 2 типа): у 25 (38,5%) больных в анамнез было указание на прием пероральных кортикостероидов в разные периоды заболевания, у 24 (36,9%) – на наследственный характер заболевания. Установлено, что наличие одного или нескольких факторов риска (отягощенная наследственность, ожирение, возраст) значительно увеличивают скорость развития СД 2 типа у больных БА.

Еременко Г.В., Баранюк М.А., Бильченко С.А.

КЛИНИКО–АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАПИВНИЦЫ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства**

Острая крапивница принадлежит к острым аллергическим реакциям, которые угрожают жизни пациента, что определяет актуальность этой проблемы. В последние годы увеличился уровень патологии аллергического генеза. По данным литературы, случаи острой крапивницы встречаются в 15-25%, распространенность среди лиц молодого возраста 5-10%, при сопутствующем аллергическом фоне – до 25-30%.

Цель нашего исследования – анализ клинико – анамнестических данных острой крапивницы в молодом возрасте. В обследовании принимало участие 150 пациентов 18-25 лет.

В работе использовались такие методы исследования как данные из историй болезни, статистический анализ с применением t-критерия Стьюдента. В результате исследования установлены гендерные особенности: статистически наблюдается тенденция преимущественно мужчин – $(52 \pm 3,3)\%$, женщин – $(47,3 \pm 3,3)\%$ ($t = 1,15$). Наиболее частые эпизоды острой крапивницы определялись в 18-20 лет – $(47,8 \pm 3,3)\%$ ($p < 0,05$), в возрасте 21-22 лет – $(25,2 \pm 2,9)\%$, 23-25 лет – $(27,0 \pm 3,0)\%$. Анализ сезонных проявлений крапивницы показал, что пик заболеваемости выпадает на летние месяцы – $(40,9 \pm 4,6)\%$ ($p < 0,05$). Триггерами острой крапивницы наиболее часто были пищевые аллергены – $(53,1 \pm 3,3)\%$, медицинские препараты – $(30,5 \pm 3,1)\%$, ужаление насекомых – $(3,1 \pm 1,0)\%$, невыясненный генез имел место в $(13,3 \pm 2,2)\%$ случаев. Отягощенность наследственного анамнеза по аллергическим проявлениям составила $(64,2 \pm 3,2)\%$. Важно отметить, что общее количество пациентов с крапивницей составило почти пятую часть всех госпитализированных по поводу аллергических заболеваний. Тяжелое течение крапивницы установлено в $(23,8 \pm 2,8)\%$, трансформация в рецидивирующую форму – у $(7,1 \pm 1,7)\%$ больных. Указанные данные подчеркивают актуальность проблемы для современной аллергологии.

Железнякова Н. М., Гопций Е.В., Зеленая И.И.
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С
СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХОЗЛ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1,
Научный руководитель – д.мед.н., проф. Бабак О.Я.

Цель: определение функциональной активности лимфоцитов у больных с сочетанным течением хронического обструктивного заболевания легких (ХОЗЛ) и хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 79 больных ХОЗЛ: 47 пациентов с ХОЗЛ, протекающим на фоне ХП – основная группа – и 32 больных с изолированным ХОЗЛ – группа сравнения. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых лиц. Пролиферативную активность лимфоцитов оценивали в реакции бласттрансформации лимфоцитов. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программ «Microsoft Excel» и «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение. Выявлено достоверное снижение функциональной активности Т-лимфоцитов в основной группе до $29,44 \pm 1,6\%$, в группе сравнения до $35,67 \pm 1,2\%$ контроль - $42,23 \pm 2,57\%$. Одновременно достоверно увеличивалась активность В-лимфоцитов в обеих группах - $18,22 \pm 0,9\%$ и $14,53 \pm 1,1\%$ соответственно, при контроле - $11,35 \pm 0,57\%$.

Выводы. У больных ХОЗЛ наблюдается выраженная недостаточность супрессорной функции Т-лимфоцитов на фоне гиперактивности В-клеток, что может явиться причиной развития аутоиммунных осложнений у данной категории больных. В условиях коморбидности значительно усугубляется выраженность данных изменений, что можно рассматривать как один из дополнительных факторов прогрессирования патологии.

Журавлёва А.К.
ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ
ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ
Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель – проф., д.мед.н Бобронникова Л.Р.

Целью исследования было изучение изменений липидного профиля у пациентов с разными стадиями неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП): стеатоза (НАСЗ) и стеатогепатита (НАСГ).

Материалы и методы исследований. Обследовано 45 пациентов с НАСЗ (n=16), и НАСГ (n=29). Средний возраст $56,4 \pm 4,6$ лет. Контрольная группа (n=20). Для верификации диагноза НАЖБП и оценки функционального состояния печени использовали биохимические (функциональные пробы печени) и инструментальные методы исследований. Показатели липидного спектра сыворотки крови (общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХСЛПВП), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХЛПНП) определяли энзиматическим колориметрическим методом с использованием наборов «Human» (Германия).

Результаты. Индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил $25,6 \pm 3,4$ (кг/м²) у пациентов 1-й группы и $32,2 \pm 3,9$ (кг/м²) - у пациентов 2-й группы (p<0,05). Нарушения липидного обмена достоверно чаще встречались у пациентов с НАСГ (61,4% и 46,4%, соответственно; p<0,05). При этом у 70,2% больных 2-й группы была выявлена гиперхолестеринемия, у 38,7% - увеличение ХСЛПНП, а снижение уровня

ХСЛПВП - у 33,1% пациентов. Гипертриглицеридемия (ГТГ) выявлялась чаще у пациентов 1-й группы в сравнении с пациентами 2-й группы (35,4% и 10%, соответственно; $p<0,05$). Содержание ОХС у пациентов с НАСГ было в среднем на 22 % выше, чем в 1-й группе ($p<0,05$), ТГ – на 26 % ($p<0,05$), ХС ЛПНП – на 28% ($p<0,05$), а уровень ХС ЛПВП на 26% ниже ($p<0,05$). Уровень ОХС повышался пропорционально ИМТ ($r=0,43$; $p<0,05$). Соотношение ТГ/ХС ЛПВП было на 32 % выше, чем в 1-й группе ($p<0,05$). Увеличение содержания ХСЛПНП у пациентов 2-й группы наблюдалось в 2,7 раза чаще, чем при НАСЗ ($p<0,05$). Показатель ХСЛПНП коррелировал с уровнем ОХС ($r=0,64$; $p<0,001$), а также ИМТ ($r=0,34$; $p<0,001$).

Выводы. Анализ распределения типов дислипидемий в зависимости от клинического варианта НАЖБП показал, что в группе больных с НАСЗ преобладали Па и Пб типы дислипидемий (24 % и 28 % соответственно). У больных с НАСГ чаще регистрировали дислипидемии Па и IV типа (26 % и 34 % соответственно), что свидетельствовало о вероятном наличии атеросклеротических изменений сосудов.

Зайцев П.В., Терешкин К.И.

МЕХАНИЗМЫ КАЛЬЦИЕВОГО И ЛИПИДНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Пасишвили Л.М.

Ионы кальция (Ca^{2+}) играют важнейшую регуляторную роль во многих биологических процессах: нервно-мышечной проводимости, минерализации костей, росте и делении клеток, ферментативных реакциях и др. Дисбаланс внеклеточного и внутриклеточного Ca^{2+} инициируется повреждением клеточных мембран при интенсификации процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ), субстратом которого выступают жирные кислоты (ЖК). Многие исследования доказывают роль насыщенных (НЖК) и ненасыщенных ЖК (ННЖК) в поддержании внутриклеточного гомеостаза. Так, арахидоновая и некоторые другие ННЖК вызывают повышение концентрации внутриклеточного Ca^{2+} за счет его высвобождения из эндоплазматической сети и митохондрий. С другой стороны, НЖК (пальмитиновая и стеариновая) в присутствии больших концентраций Ca^{2+} способствуют нарушению синтеза АТФ с дальнейшей активацией цитолитических ферментов. Образующиеся при этом свободные ЖК дополнительно оказывают непосредственное повреждающее действие на клеточную мембрану, запуская «порочный» круг.

То есть, нарушение кальциевого гомеостаза является универсальным механизмом клеточного повреждения, определяющим развитие и прогрессирование различной патологии. Кроме того, изменение состава ЖК является характерным признаком для клеток, подвергшихся повреждению в результате активации ПОЛ. Данные события лежат в основе нарушения клеточных функций и могут рассматриваться как главные звенья в цепи изменений, приводящих к развитию патологических состояний. Поэтому, исследуя спектр ЖК и содержание кальция в крови можно оценить характер и интенсивность двух механизмов клеточного повреждения, имеющих место в условиях патологии внутренних органов – липидного и кальциевого.

Зайцева М.М.

**ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ
НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ З УРАХУВАННЯМ
ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА AGTR1**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1**

Науковий керівник: д. мед.н., професор Бабак О.Я.

На сьогоднішній день взаємозв'язок між ураженнями печінки та змінами серцево-судинної системи залишається не до кінця з'ясованим. Присутність у хворого на артеріальну гіпертензію (АГ) супутньої патології печінки може ускладнювати перебіг АГ, збільшувати ризик серцево-судинних ускладнень. У свою чергу перебіг АГ може сприяти трансформації стеатозу у неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) і цироз печінки. Незважаючи на зростання випадків появи неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), до сих пір не розроблені чіткі алгоритми лікування хворих на АГ на тлі НАЖХП. Існують дані, про успішне використання урсодезоксіхолієвої кислоти у терапії хворих на НАЖХП з високим кардіоваскулярним ризиком, завдяки комплексному механізму лікувальної дії. Також, було встановлено, що ангіотензин II активує процеси фіброгенезу в печінці. В експериментальних дослідженнях при лікуванні хворих з НАСГ і АГ був показаний гепатопротективний і антифібротичний ефект блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА). Тому, при виборі гіпотензивного препарату у хворих на АГ з НАЖХП перевага повинна віддаватися препаратам з групи БРА. Також, відомо, що одним з провідних генів-кандидатів АГ є ген рецептора першого типу Ang II (AGTR1). Мутації у гені AGTR1 призводять до змін активності рецептора і можуть впливати на схильність та ймовірність появи АГ та прогресування НАЖХП.

Таким чином, визначення індивідуальних генетичних маркерів вагомо може впливати на ймовірність появи і прогресування АГ у хворих з НАЖХП та вважатися індивідуальним чинником ризику та маркером чутливості до ліків.

Заозерська Н.В., Саніна І.

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ ТА
ОЖИРІННЯМ**

Харківський національний медичний університет,

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 и медсестринства

Однією з причин зниження якості життя хворих при цукровому діабеті (ЦД) є наявність у цих пацієнтів ожиріння. Зв'язок збільшення індексу маси тіла з погіршенням якості життя був виявлений в загальній популяції, а також здебільшого у хворих на ЦД 2-го типу. В той же час зниження показників якості життя у цих пацієнтів може бути зумовлено наявністю укладень ЦД, наприклад, діабетичної нефропатії (ДН). Натепер характер впливу цих факторів на якість життя та їхній ступінь недостатньо з'ясовані.

Мета і задачі дослідження: вивчити вплив на якість життя хворих із ЦД наявності ускладнень у вигляді ДН та ожиріння за допомогою опитувальника SF-36.

Матеріали і методи дослідження: Досліджено 50 хворих на ЦД, що знаходилися на лікуванні в ендокринологічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ ЦМЕД та МК», з них 29 жінок та 21 чоловік. Вік хворих коливався від 18 до 71 років (середній вік 46 років), 33 пацієнта страждали на ЦД 1 типу, 18 – на ЦД 2 типу. За ступенем ожиріння хворих розподілили на наступні групи: основну групу із надлишковою масою тіла склали 28 пацієнтів, серед яких 26,8% мали надлишкову вагу, ожиріння I ступеня – 23,9% та ожиріння II–III ступенів - 9,8%, а в групу порівняння увійшли 22 пацієнти із

нормальною масою тіла. Хронічною хворобою нирок (ХХН) у вигляді ДН страдали всі пацієнти: 1 стадія відмічена у 54%, 2 стадія ХХН - у 32%, і 3 стадія - у 14%. Для оцінки якості життя пацієнтів використовувався міжнародний опитувальник SF-36.

При аналізі показників, які можуть змінювати шкали якості життя, ми проаналізували вплив ожиріння при ЦД з ДН на домени фізичного та психічного здоров'я. Показники шкал психічного та фізичного здоров'я у групі із ЦД з ДН та ожирінням практично не відрізнялися від показників у групі із ЦД з ДН з нормальною масою тіла, тобто достовірної різниці в якості життя цих хворих не було. Але слід відмітити, що кумулятивна фізичного здоров'я у хворих у групі з ЦД з ожирінням менше, ніж у групі порівняння (на 2,23%, $p>0,05$), а кумулятивна психічного здоров'я вище (на 6,42%, $p>0,05$), тобто при поєднанні ЦД, ускладненого ДН з ожирінням якість життя хворих погіршується переважно за рахунок фізичних шкал.

Більш поглиблене вивчення якості життя пацієнтів з діабетичною нефропатією та різними стадіями ХХН підтвердило, що на всіх стадіях ХХН показники якості життя були зниженими, та ступінь їх зниження прогресував по мірі погіршення функціонального стану нирок. Так, середні значення показників за сьома доменами починали зменшуватися вже у пацієнтів із ХХН 1-ї стадії та ці зміни прогресували по мірі сповільнення ШКФ. Крім того, цікавим є такий факт, щодо показників психічної сфери якості життя пацієнтів із ХХН: ДН знижувалися значно раніше і більш суттєво, ніж показники фізичного здоров'я, та прогресували по мірі погіршення функціонального стану нирок.

Таким чином, при ЦД з ДН достовірно знижуються показники шкал фізичного функціонування, загального здоров'я, соціального функціонування, рольового емоційного функціонування, психічного здоров'я, тобто значно більше страждають показники шкал психічного здоров'я, ніж показники шкал фізичного благополуччя, на що потрібно звертати увагу практичному лікарю. При поєднанні ЦД, ускладненого ДН з ожирінням якість життя хворих погіршується більшою мірою за рахунок фізичних шкал.

Захарова Е.М.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛЕПТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1**

К. мед.н., ассистент кафедры Гопций Е.В.

Актуальность. На сегодняшний день инсулинорезистентность (ИР) рассматривается как независимый фактор риска возникновения и развития ряда заболеваний, среди которых ведущее место занимает артериальная гипертензия (АГ). Одной из причин ИР выделяют ожирение. Адипоциты белой жировой ткани продуцируют биологически активные молекулы - адипоцитокينات, которые играют определенную роль в регуляции функции поджелудочной железы, метаболизма глюкозы и жиров и модуляции чувствительности тканей к инсулину. Одним из таких адипоцитокинетов является лептин. Несмотря на многочисленные исследования взаимосвязи лептина и инсулинорезистентности остаются до конца не изученными.

Цель. Изучение уровня лептина у больных артериальной гипертензией с ожирением в зависимости от наличия ИР.

Материалы и методы: Обследовано 123 больных (47 мужчин и 76 женщин), в возрасте от 29 до 75 лет (средний возраст $53,87 \pm 0,92$ лет). Все больные прошли детальное клиническое, антропометрическое, лабораторное обследование. Для

характеристики массы тела использовали индекс массы тела (ИМТ). Уровни лептина и инсулина определяли иммуноферментным методом с использованием набора реагентов Leptin (Sandwich) и Insulin ELISA (DRG Instruments GmbH, Germany). Уровень глюкозы определяли биохимическим методом. Индекс ИР (индекс НОМА) рассчитывали по формуле: глюкоза крови натощак (ммоль/л)×инсулин крови натощак (МЕД) / 22,5. Индекс НОМА > 2,77 усл.ед. расценивался, как наличие ИР.

Все больные были разделены на две группы в зависимости от показателя индекса НОМА. В состав 1-й группы вошли 80 лиц без ИР (индекс НОМА - $1,47 \pm 0,06$ усл. ед.), во 2-ю группу вошли 43 лица с наличием ИР (индекс НОМА - $7,22 \pm 0,68$ усл. ед.)

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что средние показатели САД ($182,44 \pm 2,50$ мм.рт. ст.), ДАД ($104,21 \pm 1,17$ мм. рт. ст.), ИМТ ($36,51 \pm 0,74$ кг/м²), уровень лептина (мужчин - $12,38 \pm 1,40$ нг/мл, у женщин - $13,74 \pm 0,99$ нг/мл), инсулина ($31,35 \pm 2,51$ мкЕД/мл), глюкозы ($5,11 \pm 0,12$ ммоль/л) в группе больных с ИР достоверно превышают аналогичные показатели в группе больных без ИР: САД ($167,75 \pm 1,66$ мм.рт. ст.), ДАД ($100,01 \pm 0,87$ мм. рт. ст.), ИМТ ($29,97 \pm 0,56$ кг/м²), уровень лептина (у мужчин - $7,07 \pm 0,53$ нг/мл, у женщин - $11,41 \pm 1,32$ нг/мл), инсулина ($7,60 \pm 0,35$ мкЕД/мл), глюкозы ($4,47 \pm 0,11$ ммоль/л), ($p < 0,05$). При корреляционном анализе выявлены положительные корреляционные связи в группе больных АГ с наличием ИР между лептином и инсулином ($R = 0,32$; $p < 0,03$), индексом НОМА ($R = 0,33$; $p < 0,03$).

Выводы. Уровень лептина достоверно увеличивается у больных артериальной гипертензией с наличием инсулинорезистентности в отличие от гипертензивных пациентов без инсулинорезистентности. Выявлена прямая корреляционная зависимость между уровнем лептина и индексом инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией с наличием инсулинорезистентности.

Иванченко С.В., Гончарь А.В.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра ПВМ №1, ОББ

Научный руководитель: проф. Ковалева О.Н.

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором риска развития кардиоваскулярных заболеваний и их осложнений. Одним из маркеров, отражающих неблагоприятное течение АГ служит повышение вариабельности артериального давления (ВарАД), которое ассоциируется с ранним поражением органов мишеней.

Цель исследования: анализ особенностей вариабельности АД у больных гипертонической болезнью (ГБ) на фоне избыточной массы тела.

Материалы и методы: в условиях стационара обследовано 52 больных с ГБ в возрасте от 40 до 76 лет. Из них у 39 пациентов (19 мужчин и 20 женщин) диагностировано ожирение I-II степени (средняя величина индекса Кетле $33,26 \pm 1,06$). Масса тела 13 больных (5 мужчин и 8 женщин) соответствовала нормальным ростовозрастным показателям. Пациентам проводилось СМАД на диагностическом комплексе SDM 23 "ИКС-ТЕХНО" в течение 24 часов с последующей оценкой полученных результатов. За нормальные показатели вариабельности АД были приняты следующие значения для систолического артериального давления (САД): за сутки <15,2 мм рт. ст., за дневной период <15,5 мм рт. ст., за ночной период <14,8 мм рт. ст. Для диастолического артериального давления (ДАД): за сутки <12,3 мм.рт.ст, за день <13,3 мм.рт.ст, за ночь <11,3 мм.рт.ст.

Результаты: анализ полученных результатов показал, что у 61,5% ($0,615 \pm 0,21$ $p < 0,05$) обследуемых отмечается повышенная суточная вариабельность АД (VarСАД - $27,02 \pm 2,08$ мм.рт. ст.; VarДАД - $16,42 \pm 1,05$ мм. рт. ст.). Из них 42,3% ($0,423 \pm 0,23$ $p < 0,05$) - составили особы женского пола и 19,2% ($0,192 \pm 0,31$ $p < 0,05$) - это мужчины. В группе больных с ожирением повышение суточной VarСАД ($2,07 \pm 1,94$ мм.рт.ст.) отмечалось у 58,9% ($0,589 \pm 0,31$ $p < 0,05$) больных, VarДАД ($16,03 \pm 2,1$ мм.рт.ст.) в 46,2% ($0,462 \pm 0,25$ $p < 0,05$) случаев. У пациентов с нормальной массой тела данные показатели составили соответственно: повышение VarСАД ($26,07 \pm 0,91$ мм.рт.ст.) в 38,5% ($0,385 \pm 0,33$ $p < 0,05$) случаев и VarДАД ($14,8 \pm 1,4$ мм.рт.ст.) у 21,3% ($0,213 \pm 0,24$ $p < 0,05$) пациентов. Согласно биологическому циркадному ритму были выделены следующие группы пациентов: «dipper» $n=25$, «non-dipper» $n=22$, «night-peaker» $n=5$. В группе «dipper» повышение VarСАД ($25,01 \pm 4,0$ мм.рт.ст) отмечалось у 60% ($0,6 \pm 0,32$ $p < 0,05$) больных, VarДАД ($14,01 \pm 3,22$ мм.рт.ст) у 44% ($0,44 \pm 0,22$ $p < 0,05$) пациентов. Повышенная суточная вариабельность АД (VarСАД $23,01 \pm 3,08$ мм.рт.ст, VarДАД $15,01 \pm 1,04$ мм.рт.ст) зарегистрирована у всех пациентов из группы «night-peaker». В группе «non-dipper» у 45% ($0,45 \pm 0,28$ $p < 0,05$) пациентов эти показатели составили (VarСАД $20,5 \pm 3,18$ мм.рт.ст., VarДАД $16,2 \pm 2,4$ мм.рт.ст.).

Выводы: обследование больных гипертонической болезнью выявило наличие гендерных различий по данным показателей суточного мониторинга артериального давления. Повышенная вариабельность артериального давления более характерна для пациентов женского пола. Данный показатель также более выражен в группе больных гипертонической болезнью, ассоциированной с ожирением и для пациентов с биологическим циркадным ритмом артериального давления по типу «night-peaker».

Иващенко Р.О., Васюк Е.С.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

**Харьковский Национальный медицинский университет, кафедра
Пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства
Научный руководитель – к.мед.н., ассистент Борзенко А.Б.**

С каждым годом количество пациентов с артериальной гипертензией (далее – АГ) неуклонно растет. Диагноз «гипертоническая болезнь» является одним из наиболее распространенных в терапевтической клинике и обоснован для лиц старше 50-ти лет, имеющих отягощенный наследственный анамнез, изменения сосудов глазного дна (гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки), инструментально подтвержденные атеросклеротические изменения артерий, аортального клапана и др. Однако у лиц молодого возраста стойкое повышение артериального давления (АД) более 140/90 мм рт ст требует поиска этиологического фактора АГ. Врач начинает исключать заболевания почек и почечных сосудов, щитовидной железы, надпочечников как основных причин так называемой симптоматической АГ. В ряде случаев этот путь диагностического поиска оказывается успешным, но все больше больных, у которых АГ является единственным объективным симптомом заболевания.

Так, на базе отделения восстановительного лечения ХОКБ – ЦЭМП и МК нами обследовано 9 пациентов, средний возраст которых составил 31 год, показатель систолического – 151 мм рт ст, диастолического - 92 мм рт ст, ЧСС – 78 в минуту, длительность повышенного АД – в среднем 2,5 года, анамнез по АГ не отягощен. Все они прошли полный спектр лабораторных и инструментальных обследований, предусмотренных для больных с АГ. Суточный мониторинг АД показал стойкую

систолю – диастолическую АГ 1-й степени и неуравновешенность вегетативного гомеостаза. Ни у одного из пациентов не было выявлено причинного фактора АГ. У 7 из 9-ти – признаки дистонических изменений сосудов (по данным ультразвуковой доплерографии экстра – и интракраниальных сосудов, реоэнцефалографии, эхоэнцефалографии).

Т.о. мы можем предположить, что повышение АД в молодом возрасте может быть обусловлено вегетативной дисфункцией с преобладанием активности симпатической нервной системы. Диагноз гипертонической болезни в таких случаях является необоснованным. В лечении таких больных приоритетным должно быть изменение образа жизни – полноценное, сбалансированное и многоразовое питание, борьба с адинамией, занятия лечебной физкультурой, плаванием, прогулки на свежем воздухе, соблюдение режима труда/отдыха, ограничение времени пребывания за компьютерами и аналогичными гаджетами, психорелаксация. Работу терапевта в лечении больных с вегето – сосудистой дистонией необходимо дополнить участием психотерапевта: включение психотерапевтических методик лечения, обучение пациентов аутотренингу, применение седативных препаратов, по показаниям – назначение антидепрессантов, транквилизаторов (особенно у пациентов с симптомами симпато – адреналовых кризов). Также успешной может быть и физиотерапия: жемчужные ванны, электросон, светотерапия и т.п. И лишь при неэффективности указанных мероприятий должна назначаться индивидуализированная лекарственная терапия, направленная на снижение АД.

Кадыкова О.И., Боровик Е.Н., Емец Т.В., Минакова С.А.

УРОВНИ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет

Научный руководитель – д. мед.н., профессор Кравчун П.Г.

Согласно данным ВОЗ, среди факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний основное место занимает артериальная гипертензия (АГ), особенно в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа, поскольку коморбидность этих патологий имеет общую патогенетическую связь и потенцирует кардиоваскулярный риск.

Цель исследования - изучение уровней гормонов жировой ткани у больных артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. Нами было обследовано 55 больных АГ, которые были разделены на группы в зависимости от наличия СД 2 типа, средний возраст составил $59 \pm 1,2$ лет. Определение уровня резистина проведено иммуноферментным методом с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы «BioVendor» (Чешская Республика). Содержание адипонектина в сыворотке крови больных определяли иммуноферментным методом с использованием набора реактивов Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit производства фирмы «ASSYPRO» (США).

Результаты и их обсуждение. По нашим данным уровень адипонектина достоверно был ниже у больных АГ на 29,15 % по сравнению с больными при сочетании АГ и СД 2 типа и на 62,55 % с контрольной группой ($p < 0,001$). Тогда как уровень резистина, наоборот, достоверно был выше на 21,58 % у больных АГ по сравнению с больными с АГ и СД 2 типа и на 48% из контрольной группой ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, резистин может быть пусковым фактором возникновения метаболических нарушений у больных АГ, связанных с СД, а развитие диабета может быть ассоциировано с нарушением регуляции секреции адипонектина.

Кадыкова О.И., Кравчун П.П., Дунаева И.П.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ ПРИ СИНТРОПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина
Научный руководитель – д. мед.н., профессор Кравчун П.Г.

Наличие сопутствующей патологии оказывает влияние на течение артериальной гипертензии (АГ). Чаще всего АГ осложняется сахарным диабетом (СД) 2 типа. Изучение механизмов развития СД и его сосудистых осложнений у больных АГ остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины, потому что синтропия этих патологий имеет общую патогенетическую связь и потенцирует кардиоваскулярный риск.

Цель - изучение патогенетического значения адипонектина и резистина в развитии инсулинорезистентности у больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа.

Материалы и методы. В исследование были включены 105 больных (41 мужчина и 64 женщины), средний возраст которых составил $65,16 \pm 1,53$ лет. Для определения инсулинорезистентности (ИР) использовали индекс HOMA-IR (нормальные значения до 2,7), который рассчитывали по формуле: $ИР = (глюкоза \text{ натощак} \times \text{инсулин натощак}) / 22,5$. Определение уровня резистина проводили с использованием коммерческой тест-системы производства фирмы «BioVendor» (Чехия Республика), адипонектина – Assay Max Human Adiponectin ELISA Kit производства фирмы «ASSYPRO» (США).

Результаты и выводы. Течение АГ сопровождается дисбалансом адипоцитокинов, увеличением степени ИР, которые зависят от наличия СД 2 типа. При наличии СД 2 типа у больных АГ уровень резистина был на 21,58% выше, чем у больных без диабета, что равно $19,00 \pm 0,42$ мг/мл, а уровень адипонектина – ниже на 29,15% и составил $4,52 \pm 0,12$ мг/мл. В формировании ИР, которая лежит в основе патогенеза СД при АГ, ведущая роль принадлежит гормонам жировой ткани, таким как резистин и адипонектин.

Ковальова Ю.О., Котелюх М.Ю.
СТАН ОБМІНУ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ
НАПРУГИ У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ ТА
СИМВАСТАТИНОМ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології
Науковий керівник: проф. Кравчун П.Г.

Ожиріння являється значимим фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). І, зважаючи на це, вивчення механізмів впливу ожиріння на ці захворювання залишається досить значимим.

Мета дослідження: вивчення рівня лептину у хворих на стабільну стенокардію напруги (ССН) у динаміці лікування раміприлом та симвастатином.

Матеріали та методи дослідження. Кількість хворих на ССН склала 10 хворих з надмірною масою тіла (НМТ) і 28 хворих з ожирінням. Контрольна група представлена 20 особами. Основній групі хворих призначали в терапію ІАПФ - раміприл 10 мг на добу та ліпіднормалізуючий препарат - симвастатин 20 мг/доб. протягом 3-х місяців. Визначення лептину проводили в сироватці крові імуноферментним методом з використанням набору реагентів («Leptin (Sandwich) ELISA», DRG Instruments GmbH, Germany).

Результати дослідження. У процесі лікування хворих з НМТ рівень лептину склав $6,71 \pm 0,35$ нг/мл до лікування, відповідно $6,51 \pm 0,33$ нг/мл після 2-3 тижнів лікування

і $6,37 \pm 0,29$ нг/мл після 12 місяців лікування ($p > 0,1$), порівняно з контрольною групою - $5,60 \pm 0,74$ нг/мл. У хворих з ожирінням рівень лептину відповідно рівнявся: $7,81 \pm 0,33$ нг/мл, $7,63 \pm 0,31$ нг/мл ($p > 0,1$) та $7,04 \pm 0,24$ нг/мл ($p < 0,01$) в порівнянні з контрольною групою.

Висновки. Вивчення клініко-патогенетичних характеристик ССН в процесі лікування із застосуванням раміприлу і симвастатину показало, що ефективність терапії залежить від наявності феномену підвищеної маси тіла.

Котелевская В. И., Кузнецова Д.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА «УДХК – α -ЛИПОНОВАЯ КИСЛОТА» В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ОГО ТИПА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №3**

Научный руководитель: к. мед.н., доц. Власенко А.В.

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП)- одно из наиболее грозных осложнений сахарного диабета (СД). По данным ВОЗ во всём мире у 63% лиц, больных сахарным диабетом, обнаруживают стеатоз печени. Первые признаки НАЖБП обнаруживаются ещё до манифестации СД и в дальнейшем неуклонно прогрессируют. НАЖБП при СД увеличивает риск инвалидизации и смертности.

Цель работы. Определить эффективность патогенетической терапии НАЖБП у больных СД 2-ого типа.

Материалы и методы исследования. Было сформировано 2 группы больных сахарным диабетом 2-ого типа в сочетании с НАЖБП, общей численностью 40 человек, которые проходили лечение в эндокринологическом отделении Харьковской областной клинической больницы. Больные первой группы получали традиционную терапию: стол №9, препараты сульфонилмочевины 2 поколения, с дополнительной инсулинотерапией по необходимости, ингибиторы АПФ – лизиноприл (диротон) при повышенном артериальном давлении, дезагреганты (аспекард) и ангиопротекторы (агапурин ретард), а также гепатопротектор (гепабене). Больные второй группы дополнительно получали препарат УДХК перорально ежедневно по 10 мг/кг/сут. на ночь и препарат α -липоевой кислоты по 600 мг/сут. в/в кап., затем 2 нед. перорально по 600 мг/сут.

Результаты и обсуждения. У больных второй группы после завершения курса лечения наблюдалось устранение основных клинических и биохимических синдромов заболевания. Происходило снижение инсулинорезистентности. Также у больных отмечалось снижение амплитуды суточных колебаний гликемии, восстановление белкосинтетической функции печени, о чём свидетельствует повышение уровня альбуминов. Нормализовался обмен липидов – снижение уровня общего холестерина, ЛПНП, рост ЛПВП. Отмечалась коррекция показателей ПОЛ – снижался уровень малонового диальдегида. Увеличивалась активность ферментов антиоксидантной системы- каталазы и церуллоплазмينا.

Выводы. Установлено, что терапевтические комплексы „УДХК – α -липовая кислота” в комбинации с традиционными схемами у больных СД 2-ого типа с НАЖБП оказывают выраженный коррегирующий эффект, устраняя признаки основных клинических и биохимических синдромов заболевания. Проявляют гепатопротекторные и антихолестериновые свойства, снижают проявления инсулинорезистентности, усиливают активность системы АОЗ, уменьшают проявления стеатогепатоза у больных СД в сочетании с НАЖБП. Внедрение в

терапию лечебных комплексов УДХК и α -липоевой кислоты является перспективным направлением в лечении НАЖБП у больных СД.

Кочубей О.А.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ КАРДІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

**Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики
внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки**

Науковий керівник: д.мед.н., професор Ковальова О.М.

Мета роботи полягає у визначенні чутливості ультразвукового дослідження в діагностиці кардіальних ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. Було обстежено 103 пацієнта у віці від 40 до 69 років. Всім хворим було проведене комплексне клінічне та інструментальні обстеження серця (електрокардіографічне та ехокардіографічне (ЕхоКГ)) за загальноновизнаною методикою. Статистичний аналіз проводили методом непараметричної статистики. Результати представлені у вигляді Ме (Q25-Q75), де Ме – медіана (50-й процентіль), Q25 і Q75 – 25-й і 75-й процентілі.

Результати. Хворі на ГХ були розподілені на 3 групи залежно від наявності порушень вуглеводного обміну. До групи 1 увійшли 39 хворих (31,9 %) ГХ без глюкометаболічних порушень. У групу 2 включено 34 хворих (36,2 %) ГХ з предіабетом. Групу 3 склали 30 хворих (31,9 %) ГХ з супутнім ЦД 2 типу. За даними електрокардіографічного обстеження виявлено, що 100% хворих групи 1, 2 та 3 мали гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ). За результатами ЕхоКГ у групі 1 у 47,74% хворих була діагностовано ГЛШ. У групі 2 виявлено максимальну частоту ГЛШ, а саме – 68,75 %. У групі 3 хворих на ГХ з ЦД 2 типу 60,00 % хворих мали ГЛШ.

Висновки. За отриманими результатами ультразвукове дослідження в діагностиці кардіальних ускладнень у хворих на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2 типу демонструє прийнятний рівень чутливості та специфічності у виявленні гіпертрофії лівого шлуночка, а також дозволяє диференціювати тип геометрії лівого шлуночка.

Кучеренко Д.О., Попович К.А., Чуянов А.Н.

ЗАСТОСУВАННЯ РАМІПРИЛУ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішніх та професійних захворювань**

Мета дослідження: оцінити ефективність іАПФ раміприлу у хворих з фібриляцією передсердь (ФП) при наявності ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. В динаміці лікування раміприлом, який призначався в дозі 5 мг на добу, обстежено 19 хворих ІХС та ЦД 2 типу з супутньою пароксизмальною формою ФП. Лікування препаратом проводилось на протязі 9 тижнів. Хворим проводили добове моніторування електрокардіограми, ехокардіографію. Показники вуглеводного та ліпідного обміну, ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, визначали з використанням комерційних тест-систем.

Результати дослідження. Лікування препаратом супроводжувалося зменшенням частоти пароксизмів ФП на протязі доби з $2,05 \pm 0,03$ до $1,41 \pm 0,02$ ($p < 0,05$), збільшенням фракції викиду з $48,9 \pm 0,4\%$ до $51,4 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$), зменшенням загального периферійного судинного опору з $1869,9 \pm 92,3$ дин*с*см⁻⁵ до $1691,4 \pm 82,5$

дин*с*см⁻⁵ (p<0,05), спостерігалось зменшення кінцевого систолічного об'єму з 76,7±3,1 см³ до 62,8±1,9 см³ (p<0,05), а кінцевий діастолічний об'єм суттєво не змінився: 141,6±3,3 см³ до лікування та 134,5±4,1 см³ - після (p>0,05). Рівень ангіотензину II зменшився з 21,8±1,9 до 12,1±2,2 пг/мл (p<0,05). Показники вуглеводного та ліпідного обміну суттєво не змінилися.

Висновки. Лікування раміприлом сприяє зменшенню частоти пароксизмів ФП у хворих на ІХС та ЦД 2 типу. При цьому спостерігається зменшення рівню ангіотензину II та покращення показників скорочувальної функції міокарду.

Лукьянова Е.М.

БИОТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра внутренней медицины №3

Научный руководитель – к.мед.н., доц. Федоров В.А.

На сегодняшний день количество людей, болеющих ревматоидным артритом (РА), увеличивается. Если таких больных лечить неэффективно, то в течение 5-6 лет практически половина становятся инвалидами. По данным ВОЗ, распространенность ревматических болезней в мире составляет около 70 млн. человек, зарегистрированы случаи заболеваний у детей 9-ти месячного возраста. В Украине насчитывается около 123 000 больных РА. Неэффективность симптоматического подхода при лечении РА способствовала научным исследованиям, в результате которых были разработаны методики применения биопрепаратов. Не до конца изученное воздействие этих препаратов на организм и обуславливает актуальность нашей работы.

Целью нашего исследования было изучение эффективности применения ингибитора интерлейкина-6 (тоцилизумаб) при РА. Данный препарат начал применяться для лечения РА с 2008 года.

Исследование проводилось в ревматологическом отделении ОКБ г.Харькова. 18 больным РА в возрасте от 33 до 53 лет была предложена монотерапия тоцилизумабом в дозе 8мг/кг внутривенно струйно 1 раз в месяц. В результате, через 24 недели после лечения уровень серомукоидов снизился на 6%, сиаловых кислот – на 4,7%, С-реактивного белка - в 4 раза. Количество болезненных суставов и интенсивность боли по визуальной аналогичной шкале уменьшились на 41% и 38% соответственно, а количество припухших суставов - в 3,2 раза. Динамика этих показателей свидетельствует о замедлении деструкции суставов у больных РА.

Вывод: тоцилизумаб является эффективным препаратом в лечении РА, замедляющий деструкцию суставов и улучшающий качество жизни больных.

Малишевская А.Ф., Шульга А.А.

СРАВНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра внутренней медицины №3

Научный руководитель —к.м.н., доцент Власенко А.В.

За последние 20 лет численность больных сахарным диабетом(СД) в мире увеличилось с 80 млн. человек до 160 миллионов. Прогнозируемое число заболевших СД к 2025 году составит около 300 млн. чел. Артериальная гипертензия(АГ) осложняет течение как СД. У

больных СД основной причиной развития АГ является диабетическая нефропатия. Ее доля составляет приблизительно 80% среди всех других причин повышения АД.

Цель: определить отличия в течении и лечении пациентов с ГБ и пациентов с СД, осложненным ГБ.

Материалы и методы исследования. Исследовано 40 больных, которые были разделены на 2 группы: первая — пациенты с СД осложненным ГБ (20 человек) и вторая — пациенты с изолированной ГБ (20 человек). Пациенты первой группы получали лечение следующими антигипертензивными препаратами: Фуросемид, Карведилол, Каптоприл, Верапамил, второй - Лазикс, Бисопролол, Эналаприл, Лозартан.

Результаты. У пациентов первой группы были выявлены ряд особенностей течения гипертонической болезни: во-первых, у таких больных отсутствует ночное физиологическое снижение артериального давления (АД). У пациентов 2-ой группы эта разница составляет 10%. Во-вторых, у пациентов первой группы высокий уровень АД в положении лежа резко снижается при переходе в положение сидя или стоя, что связано с нарушением регуляции сосудистого тонуса. У пациентов 1 и 2 групп удалось добиться стойкого снижения АД до уровня, находящегося пределах нормы (систолическое в среднем не выше 120, диастолическое – не выше 80). При этом у пациентов 1 группы был достигнут не только антигипертензивный эффект, но и органопротективный, к тому же не наблюдалось отрицательного действия на углеводный и липидный обмен. Также было установлено, что у пациентов первой группы после проведенной терапии нормализовался циркадный ритм АД, АД снизилось на 37% по сравнению с исходными показателями.

Выводы. Учитывая полученные данные можно заключить, что на современном уровне развития фармакологии существует полная возможность надежно контролировать АД у пациентов с сахарным диабетом, реализуя при этом дополнительные положительные эффекты в плане метаболизма липидов и углеводов, или, как минимум, не нарушая их. При этом в исследованных группах препаратов, применяемых при терапии ГБ, особый акцент ставился на препараты, оказывающие влияние на метаболизм глюкозы и имеющие органопротекторное действие, как предпочитаемые при терапии сахарного диабета, осложненного гипертонической болезнью.

Меленевич А.Я., Забирко Г.М.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренних и профессиональных заболеваний
Научный руководитель – профессор Капустник В.А.**

За последние 20–25 лет изменилось классическое клиническое течение многих известных болезней, наблюдается прогрессирующее увеличение в популяции количества лиц с диспластическим фенотипом. Данные явления рассматриваются как результат воздействия новых мутагенных факторов социального, техногенного и экологического характера, которые формируют увеличение так называемого генетического груза. С начала 90-х годов прошлого века публикуются работы, объясняющие масштабность патоморфоза многих болезней дисплазией соединительной ткани (ДСТ). Учитывая полиорганность и полисистемность поражений при ДСТ, возникает необходимость изучения проблемы ДСТ с привлечением ученых различных специальностей. По данным различных авторов частота ДСТ составляет от 9 до 85 %.

Установлена тесная взаимосвязь между степенью выраженности внешних диспластических изменений и изменениями соединительнотканного каркаса внутренних органов — внутренними фенотипическими признаками, с формированием полиорганной патологии. К бронхо-легочным проявлениям ДСТ относятся: трахеобронхиальная дискинезия (экспираторный коллапс трахеи и крупных бронхов); трахеобронхомалация и трахеобронхомегалия; легочная гипертензия; поликистоз легких; апикальные буллы, подтвержденные рентгенографически; спонтанный пневмоторакс, вентиляционные нарушения (обструктивные, рестриктивные, смешанные). Некоторые авторы описывают бронхо-легочные изменения при ДСТ как генетически обусловленные нарушения архитектоники легочной ткани в виде деструкции межальвеолярных перегородок, недоразвития эластических и мышечных волокон в мелких бронхах и бронхиолах, что приводит к повышению растяжимости и снижению эластичности легочной ткани.

Ведущую роль в формировании необратимого компонента бронхиальной обструкции при хроническом обструктивном заболевании легких (ХОЗЛ) играют процессы ремоделирования стенок бронхов и формирование пневмофиброза за счет повышения активности коллагенообразования и отсутствия эффективной резорбции соединительной ткани. Процесс ремоделирования стенок бронхов и формирование пневмофиброза зависит от многих факторов, главным образом от выраженности и длительности воспаления. Хронический воспалительный процесс в бронхолегочном аппарате стимулирует опосредованные различными цитокинами и другими факторами процессы накопления фибрина в просвете альвеол и мелких бронхов, сопровождающиеся повышением коллагенообразования в легких.

Чем большее число признаков ДСТ имеется у конкретного индивидуума, чем раньше они проявляются, тем достовернее диагноз ДСТ и хуже прогноз. Если в детском возрасте ДСТ преимущественно выступает как ведущая причина патологии, то в среднем возрасте ДСТ может выступать и как ведущая причина, так и фактором, изменяющим течение «классических» заболеваний. В старшей возрастной категории превалирует влияние ДСТ на течение основной патологии, приводит к необратимым изменениям, формирует тяжелые осложнения, ухудшает прогноз болезней. Бронхолегочная патология на фоне ДСТ отличается особо тяжелым течением, склонностью к хронизации воспалительного процесса, практически необратимыми обструктивными изменениями в легких с клиническими проявлениями бронхоспазма.

Таким образом, дальнейшее изучение роли и механизма участия наследственных нарушений соединительной ткани в формировании ХОЗЛ откроет новые возможности эффективных целенаправленных методов раннего предупреждения и лечения этого заболевания.

Михайлова Ю.А.

ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней
медицины № 2, клинической иммунологии и аллергологии**

Целью исследования явилось определить роль цистатина С для диагностики дисфункции миокарда у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП).

Обследовано 103 пациента с ишемической болезнью сердца: 58 больных ХСН в сочетании с ХБП, 45 пациентов с ХСН без ХБП. Уровень креатинина определяли

методом Яффе, цистатина С - иммуноферментным методом, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - по формуле MDRD; состояние кардиогемодинамики оценивали методом эхокардиографии.

У больных ХСН с ХБП и ХСН без ХБП показатели креатинина увеличивались на 66,3% ($p<0,01$) и 22,9% ($p<0,05$), уровни цистатина С на 83,3% ($p<0,01$) и 48,3% ($p<0,05$), СКФ снижалась на 48,5% ($p<0,01$) и 27,4% ($p<0,05$) по сравнению с нормой.

У больных ХСН с ХБП и ХСН без ХБП с ФВ $\geq 45\%$ (35 и 31 больных) уровни креатинина превышали контроль на 32,5% и 24,1% ($p>0,04$; $p>0,05$), уровни цистатина С – на 66,6% и 32,5% ($p<0,01$; $p<0,05$), СКФ снижалась на 44,4% и 26,6% ($p<0,01$; $p<0,05$). При ХСН с ХБП и ХСН без ХБП в группах с ФВ $<45\%$ (23 и 14 больных) уровни креатинина превышали норму на 81,9% и 20,4% ($p<0,001$; $p<0,01$), цистатина С на 85,3% и 63,7% ($p<0,001$; $p<0,01$), определялось снижение СКФ на 53,5% и 29,6% ($p<0,001$; $p<0,05$).

Определено более выраженное повышение уровня цистатина С у больных с систолической дисфункцией миокарда по сравнению с пациентами с сохраненной систолической функцией, что позволяет рекомендовать его определение в качестве маркера тяжести хронической сердечной недостаточности и хронической болезни почек.

Моїсєєнко А.І.

НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ГОРМОНАЛЬНО-МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ВАРІАНТ ТЕРПІЇ

Харківський національний медичний університет

Науковий керівник – доц. Цівенко О.І.

Цукровий діабет 2 типу (ЦД-2) – найбільш поширене ендокринне захворювання в Україні, відзначається численими поліорганными ускладненнями, в тому числі й неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ). Мета дослідження – визначити вплив гепатотропної терапії на перебіг ЦД-2 та показники гормонального та мікроелементного балансу у хворих на ЦД-2.

Запропонований варіант гепатотропної терапії включав еспа-ліпон 600 мг внутрішньовенно крапельно 10 інфузій у поєднанні з магне-В6 (144 мг) та цинктералом (372 мг), було проліковано 20 хворих (група В). Група порівняння включала 20 хворих (група А), пролікованих загальновідомим способом. У хворих на ЦД-2 із НАСГ виявлено порушення гормонального статусу – адаптивне підвищення рівня у сироватці крові кортизолу, тиреотропіну, пролактину та гастрину на фоні зниження рівня соматотропіну. Застосування запропонованого терапевтичного комплексу зменшувало вираженість дисгормональних порушень у більшій мірі, ніж загальновідома цукрознижуча терапія. Також ЦД-2 із НАСГ характеризується дефіцитом магнію та цинку на фоні підвищення вмісту міді у сироватці крові, змінами індексів натрій/калій та кальцій/фосфор. Запропонований терапевтичний комплекс вірогідно коригує прояви мікроелементного дисбалансу.

Таким чином, гепатотропний комплекс еспа-ліпон 600 мг внутрішньовенно, магне-В6 та цинктерал перорально коригує прояви гормонального та мікроелементного дисбалансу у хворих на ЦД-2 із НАСГ.

Наріжна А.В.
РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1В У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ
НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет
Науковий керівник – д.мед.н., професор П.Г. Кравчун

Незважаючи на успіхи лікування розповсюдженість хронічної серцевої недостатності (ХСН) складає 1,5 – 2% населення, смертність сягає 20 % серед пацієнтів з ХСН протягом року. За результатами Silverberg у 80% хворих, що страждають на ХСН, діагностовано ураження нирок, з них 50% хворіли на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. ЦД 2 типу - поширене захворювання, яким страждає близько 5% населення Європи. У зв'язку із збільшенням кількості хворих на ЦД 2 типу, та серцево-судинні захворювання, у тому числі і ХСН, проблема взаємин в рамках кардіоренального синдрому на даний час є однією з актуальних і інтенсивно досліджуваних.

Метою дослідження є вивчення активності інтерлейкіну-1 β (ІЛ) у хворих з ХСН за наявності ЦД 2 типу.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 100 хворих на ХСН II-IV ФК внаслідок ІХС, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні №27 (середній вік 71,42 \pm 8,66 років). До 1 групи увійшли 80 хворих на ХСН з ЦД 2 типу, до 2 – 20 пацієнтів на ХСН без ЦД 2 типу. Серед пацієнтів основної групи ХСН II ФК діагностовано у 35 хворих, III ФК – 26 хворого та IV ФК – 19 хворих. Концентрацію ІЛ-1 β визначали імуноферментним методом.

Результати. У хворих на ХСН з ЦД 2 типу визначається вірогідне зростання активності ІЛ-1 β порівняно з групою зіставлення, представленою пацієнтами на ХСН без ЦД 2 типу (29,49 \pm 3,24 пг/мл порівняно з 7,41 \pm 0,39 пг/мл).

Висновки. Наявність ХСН у хворих з супутнім ЦД 2 типу асоціюється з високою активністю прозапальної цитокінової ланки, представленої ІЛ-1 β .

Огнева Е.В., Мусаева Н.Ф.
РЕЗИСТИН И ФЕРМЕНТНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ С ИЗОЛИРОВАННОЙ И
КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №3

Научный руководитель: д.мед.н, проф. Журавлева Л.В.

Резистин может способствовать развитию инсулинорезистентности, а также создавать провоспалительное действие в клетках печени. Перспективно изучить его влияние на функцию печени у больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) и в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (СД-2).

Цель исследования – установить уровень и связь резистина с показателями ферментного обмена у больных с НАЖБП и при ее сочетании с СД-2 с разным трофологическим статусом.

Материалы и методы. Обследовано 90 больных: 1 группа (n=20) - больные с изолированной НАЖБП, 2 группа (n=20) - больные с сочетанием НАЖБП и СД-2 с нормальной массой тела и 3 группа (n=50) - больные с коморбидной патологией и ожирением. Контрольная группа (n=20) - практически здоровые лица. Показатели ферментного обмена определялись биохимическим методом (реактивы «Dac spectroMed»), уровень резистина - иммуноферментным методом (реактивы «BioVendor»).

Результаты. Средний уровень резистина достоверно (p< 0,001) повышался во всех группах по сравнению с группой контроля (4,87 \pm 0,11 нг/мл), уровень был наиболее

высоким в 3 группе ($10,0 \pm 0,11$ нг/мл) и значимо отличался от показателей в 1 и 2 группе ($7,56 \pm 0,21$ нг/мл и $8,06 \pm 0,23$ нг/мл соответственно). В 3 группе резистин коррелировал с аспаратаминотрансферазой ($r=0,57$; $p < 0,05$), аланинаминотрансферазой ($r=0,49$; $p < 0,05$) и щелочной фосфатазой ($r=0,82$; $p < 0,05$).

Выводы. Прогрессирование НАЖБП во многом обусловлено провоспалительными эффектами резистина, которые, судя по наличию тесных корреляционных связей, активизируются при ожирении.

Олейник М.А.

СВЯЗЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А С ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ СОЧЕТАНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОСТЕОАРТРОЗА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №3**

Научный руководитель- проф., д.мед.н. Журавлева Л.В.

Фактор некроза опухоли (ФНО- α) участвует в регуляции обмена углеводов, индуцирует инсулинорезистентность (ИР) в жировой ткани и мышцах, угнетает гены, принимающие участие в процессе усвоения и депонирования глюкозы, а так же активирует дегенеративные процессы в суставе.

Цель исследования - изучение взаимосвязей между концентрацией ФНО- α в плазме и показателями углеводного обмена у больных СД 2 типа в сочетании с остеоартрозом (ОА) у пациентов с нормальной массой тела и с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 65 больных с сочетанием СД 2 типа и ОА, которые были разделены на 2 группы – с нормальной массой тела (30 больных) и ожирением ($ИМТ \geq 30$ кг/м²) – 35 больных. Исследовали углеводный обмен (уровень глюкозы натощак, HbA1c, иммунореактивный инсулин, индекс НОМА-IR), ФНО- α по стандартным методикам. Всем пациентам проведено рентгенологическое исследование коленных суставов.

Результаты. В 1-ой группе больных отмечена достоверная корреляционная связь ФНО- α с ИР ($r=0,35$; $p < 0,05$). В группе больных СД 2 типа, ОА и ожирением выявлена выраженная корреляционная зависимость между уровнем ФНО- α и глюкозой крови натощак ($r=0,43$; $p < 0,05$), HbA1 ($r=0,54$; $p < 0,05$), ИР ($r=0,73$; $p < 0,05$) та НОМА-IR ($r=0,62$; $p < 0,05$). Степень выраженности рентгенологических изменений по Kellgren так же была выше во 2-ой группе.

Выводы. Существующая достоверная связь ФНО- α с показателями углеводного обмена у больных при наличии ожирения подтверждает тот факт, что ожирение является важным фактором в патогенезе взаимодействия иммунных и метаболических процессов у больных СД 2 типа и при сочетании с ОА.

Орлова М.О., Носко В.О.

ДИСТИРЕОЗ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ОЖИРІННЯМ ТА БЕЗ НЬОГО

**Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №3**

Науковий керівник – доц. Моїсєєнко Т.А.

Цукровий діабет займає одне з провідних місць у світовій медицині за медико-соціальним значенням. Це захворювання відносять до найбільш інвалідизуючих, що пов'язано з широким діапазоном ускладнень. Тиреоїдний баланс є однією з найменш

вивчених сфер у контексті цукрового діабету, тоді як відомо, що багато захворювань супроводжуються розвитком субклінічного гіпотиреозу – синдрому підвищення рівня тиреотропного гормону на фоні нормальних рівнів гормонів щитовидної залози. Отже, метою дослідження було вивчення тиреоїдного балансу при неускладненому цукровому діабеті другого типу (ЦД2) та при діабеті другого типу з ожирінням і неалкогольним стеатозом печінки (НАСП).

Дослідження було проведено на базі ендокринологічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні №1. Було обстежено 72 хворих на цукровий діабет другого типу віком 40-74 років. Пацієнтів було розділено на 4 групи: хворі на ЦД2 з НАСП та ожирінням, хворі на ЦД2 з НАСП без ожиріння, хворі на ЦД2 з ожирінням без НАСП та хворі з неускладненим ЦД2.

Встановлено, що субклінічний гіпотиреоз розвивається у всіх хворих на ЦД2, проте найбільш виражений у пацієнтів з наявністю одночасно НАСП і ожиріння на фоні загальних порушень обміну, дискінезії жовчовивідних шляхів та підвищеного рівня гепатотоксичних гідрофобних жовчних кислот. Найбільш вірогідним механізмом розвитку субклінічного гіпотиреозу є порушення дейодування тироксину у периферичних тканинах при нормальному функціонуванні щитовидної залози.

Отчик А. Е.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ И КАТЕХОЛАМИНОВЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренней медицины №2 и медсестринства,
Научный руководитель: к. м. н., доцент Химич Т. Ю.**

На сегодняшний день в мире наблюдается быстрый рост заболеваемости бронхиальной астмой. Распространённость ее в мире составляет до 10 %. Одной из групп препаратов, применяемых для лечения, являются производные глюкокортикостероидов. В связи с тем, что эти препараты являются базисными, мы решили изучить содержание некоторых биогенных элементов и катехоламинов в сыворотке крови у больных бронхиальной астмой, проходящих курс лечения глюкокортикостероидными препаратами.

Мы обследовали 11 больных возрастом 40 – 60 лет, находившихся на стационарном лечении в аллергологическом отделении ОКБ г. Харькова.

Установлено, что концентрация калия у больных людей в 80% случаев выше уровня нормы ($6,78 \pm 0,3$ ммоль/л против $4,3 \pm 0,21$ ммоль/л в норме). Содержание кальция достоверно снижено в 100% случаев ($1,88 \pm 0,17$ ммоль/л против $2,35 \pm 0,08$ ммоль/л в норме). В 55% случаев выявлено снижение концентрации цинка ($6,33 \pm 0,37$ ммоль/л против $15 \pm 2,5$ ммоль/л в норме). Содержание адреналина достоверно выше нормы ($2,36 \pm 0,16$ нМ/л против $1,59 \pm 0,11$ нМ/л у здоровых людей). Концентрация норадреналина достоверно снижена ($26,21 \pm 1,28$ нМ/л против $32,45 \pm 2,41$ нМ/л).

Полученные результаты позволяют сделать такие выводы: 1. При лечении глюкокортикостероидными препаратами нарушен электролитный обмен, что может приводить к появлению сопутствующих заболеваний. 2. Они же увеличивают синтез адреналина и снижают синтез норадреналина.

Петюнин П.А.
ЛЕЙКОТРИЕН C4, ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МАРКЕРЫ И
ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней
медицины №2, клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: к.мед.н., асс. Золотайкина В.И.

Цель работы: исследование уровня лейкотриена C4, структурно-функциональных показателей миокарда при клинических вариантах острой сердечной недостаточности, обоснование эффективности добавления к стандартной терапии ингибитора 5-липоксигеназы кверцетина в его водорастворимой форме - «Корвитин».

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 100 пациентов. I группа (44 пациента) получала стандартную терапию, а II группа (56 пациентов) дополнительно к стандартной терапии получала «Корвитин».

Результаты: при стандартном лечении конечный диастолический объем (КДО) пациентов снизился на 11%, конечный систолический объем (КСО) — на 10.9%, конечный диастолический размер (КДР) — на 5.3%, конечный систолический размер (КСР) — на 3%, размеры левого предсердия (ЛП) уменьшились на 7.4%, уровень ЛТС4 снизился на 19.4%, по шкале ШОКС показатели улучшились на 33.7%, фракция выброса возросла на 8.4%. У второй группы пациентов КДО снизился на 20.3%, КСО на 15.3%, КДР на 7.3%, КСР на 5.4%, ЛП на 12.0%, уровень ЛТС4 на 40.6%, по шкале ШОКС — на 47.1%, ФВ возросла на 15.5%.

Вывод: применение препарата «Корвитин» в дополнение к стандартной терапии значительно улучшает показатели сердечной деятельности и снижает степень сердечной недостаточности.

Пилипенко С.А., Воскобойников Е.А.
КАРДИОГЕННЫЙ ШОК

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней
медицины № 2, клинической иммунологии и аллергологии

Научный руководитель: проф. Кравчун П.Г.

Несмотря на значительные успехи в лечении больных острым инфарктом миокарда (ИМ), что позволило значительно снизить летальность при этом заболевании, кардиогенный шок (КШ) по-прежнему остается основной причиной смерти больных ИМ даже в так называемую «тромболитическую эру».

Цель: ознакомить с наиболее характерными клиническими проявлениями кардиогенного шока с последующим выбором адекватной тактики ведения больного.

Материалы и методы: рассмотрен клинический случай кардиогенного шока. При осмотре больной резко ослаблен, адинамичен, в положении лежа, на боли не жалуется, на вопросы отвечает с трудом. Лицо бледное с цианотичным оттенком, губы и слизистые оболочки синюшные, конечности холодные. Одним из основных признаков кардиогенного шока является резкое падение артериального давления. В половине случаев систолическое давление не превышает 60 мм рт. ст. Пульс малого наполнения, частый, свыше 100-120 уд/мин, нередко сохраняется синусовый ритм. При более низком артериальном давлении пульс перестает прощупываться. Тоны сердца глухие, иногда можно уловить III тон или мелодию протодиастолического ритма галопа. Дыхание частое и поверхностное, на фоне падения артериального давления обычно нарастают застойные явления в легких, вплоть до отека. Около 70%

больных с кардиогенным шоком погибают в 1-е сутки, нередко в течение 4 - 6 ч от момента возникновения этого осложнения; реже кардиогенный шок затягивается на 2 - 3 сут. Переживают кардиогенный шок всего около 10% больных.

Выводы: Первоочередной задачей врача ОИТ является быстрое распознавание кардиогенного шока, с последующей поддерживающей терапией, направленное на спасение миокарда. Также необходимо проконсультироваться с кардиохирургом и рассмотреть возможность проведения аортальной баллонной контрпульсации.

Полозов С.Д., Гончар В.Ю.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Харьковский национальный медицинский университет

Научный руководитель - Котовщикова Н.Н.

В настоящее время рак желудка (РЖ) занимает в мире второе место по причине онкологической смертности. Своевременная диагностика данной патологии уменьшает риск прогрессирования осложнений, ведущих к летальному исходу. Учитывая вышесказанное, целью нашего исследования являлось изучение состояния некоторых показателей углеводного обмена у больных РЖ и обоснование дополнительных прогностических критериев оценки степени тяжести заболевания.

Материалы и методы: Программа исследования предусматривала определение динамических изменений в сыворотке крови больных РЖ концентрации глюкозы и ионов магния (Mg^{2+}), а также активностей лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и энлазы, при помощи биохимического анализатора CobasMira и иммуноферментного анализа. Контроль составлял 20 человек.

Результаты исследования: Вторая стадия ($n=15$) РЖ характеризовалась повышением концентраций глюкозы, Mg^{2+} и активности энлазы, соответственно на 116%, 137% и 137,5%, относительно контроля. При третьей стадии прогрессирования злокачественного процесса ($n=15$) наблюдалось повышение концентраций глюкозы и Mg^{2+} и активностей энлазы и ЛДГ соответственно на 168% и 170%, 219% и 103%. При четвертой стадии ($n=20$) было установлено снижение концентраций глюкозы и Mg^{2+} соответственно на 61% и 28%, при возрастании активностей энлазы и ЛДГ на 299% и 317% ($p<0,05$).

Выводы. Наиболее чувствительным показателем оказалась активность энлазы, что позволяет использовать данный тест в диагностике РЖ.

Просоленко К.А., Лапшина Е.А.

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ СЕЛЕНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №1**

Цель работы: Определить взаимосвязь между уровнем селена и показателями свободнорадикального статуса в сыворотке крови у больных АГ на фоне ХП.

Материалы и методы: Нами были обследованы 60 пациентов с АГ на фоне ХП. Группу контроля составили 30 практически здоровых лиц. Клинико-лабораторную оценку, содержание селена, показатели ПОЛ - малонового диальдегида (МДА) и сульфгидрильных групп (SH-групп) определяли до и на 30-й день лечения.

Результаты и их обсуждение. Средний уровень селена в плазме крови у пациентов с АГ на фоне ХП составлял $(64,99 \pm 3,2)$ мкг/л, что было достоверно ниже среднего

показателя в групі контролю ($83,3 \pm 3,26$) мкг/л ($p < 0,001$). Виявлені достовірні відхилення в системі перекисного окислення ліпідів, так рівень МДА у пацієнтів з АГ на фоні ХП склав $11,3 \pm 2,3$ мкмоль/г, а в групі порівняння - $3,44 \pm 0,18$; рівень SH-груп - $1,35 \pm 0,11$ ммоль/л у хворих АГ на фоні ХП, і $1,76 \pm 0,21$ ммоль/л в групі порівняння ($p < 0,01$).

Висновки. Таким чином, АГ на фоні ХП посилює дефіцит селена в організмі. Рівень МДА і SH-груп свідчить про високу активність ПОЛ і ослабленої антиоксидантної захисту у хворих АГ на фоні ХП, ніж в групі порівняння.

Резнік Л.В., Молнар О.В., Просоленко К.О.
ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З
НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД
КОМПОНЕНТІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ
Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1
Науковий керівник: проф. Бабак О.Я.

Метаболічний синдром (МС) об'єднує широкий спектр захворювань, в основі яких лежить інсулінорезистентність. Згідно рекомендацій IDF обов'язковим критерієм МС є абдомінальне ожиріння (окружність талії більше 94 см для чоловіків та більше 80 см для жінок – у європейської раси) у поєднанні як мінімум з двома з наступних чотирьох факторів: підвищення рівня тригліцеридів більше 1,7 ммоль/л або специфічне лікування дисліпідемії; зниження концентрації ліпопротеїдів високої щільності менш ніж 1,03 ммоль/л у чоловіків та менш ніж 1,29 ммоль/л для жінок або специфічне лікування; підвищення артеріального тиску: систолічного більш ніж 130 мм рт.ст. або діастолічного більш ніж 85 мм рт.ст. або антигіпертензивна терапія; підвищення глюкози венозної плазми натще більш ніж 5,6 ммоль/л або раніше діагностований цукровий діабет 2 типу. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) виявляють у 60–80% пацієнтів з МС.

Метою дослідження стала оцінка показників вуглеводного обміну, а саме інсуліну, С-пептиду, глюкози, індексу НОМА-IR в залежності від компонентів МС. Обстежено 98 хворих у віці 20-60 років (середній вік $40,5 \pm 2,2$ роки) з доведеною клініко-інструментальними методами НАЖХП на тлі МС.

Стосовно інсуліну отримано достовірне його зростання при повному варіанті МС. При оцінці С-пептиду та глюкози достовірної різниці не отримано. При вивченні НОМА-IR також отримано достовірне його підвищення в залежності від збільшення компонентності МС ($p < 0,05$).

Таким чином, отримані дані свідчать про наявність залежності виразності порушень вуглеводного обміну від тяжкості МС у пацієнтів з НАЖХП.

Ситіна І.В.
ПОШИРЕНІСТЬ ГІПОДИНАМІЇ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ
ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет, кафедра ПВМ № 1, ОББ

Метою дослідження було вивчити поширеність гіподинамії у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали, методи. Обстежено 50 хворих на ГХ та ЦД 2 типу, 46 хворих на ГХ, та 30 хворих становили групу контролю. Групи були співставні за віком та статтю. Усім хворим проводили опитування стосовно фізичного навантаження упродовж дня.

Згідно з даними Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2011) наявність 30 - 60 хвилин фізичного навантаження упродовж доби (зокрема, ходьба в швидкому темпі), вважається маркером помірного фізичного навантаження.

Результати. Хворі були розподілені на 3 групи: I-особи, що мали фізичне навантаження менш ніж 30 хвилин на добу, II – від 30 до 60 хвилин на добу, III – понад 60 хвилин. Виявлено, в I групі осіб з коморбідною патологією становило – 14,7%, в той час, як хворих на ГХ було – 8%, у II групі – 50% та 36%, в III – 35,3% та 56% відповідно. При віковому розподілі виявлено, що середній вік хворих з коморбіною патологією в I групі становив – $67 \pm 3,1$ рік, у хворих на ГХ – $68 \pm 2,3$ роки, у II групі – $57,1 \pm 8,9$ років та $59,2 \pm 5,8$ років, III група – $51,1 \pm 8,9$ років та $52,8 \pm 5,6$ років відповідно. При гендерному аналізі в I групі у хворих з ГХ та ЦД 2 типу виявилось 12,5% чоловіків та 87,5% жінок, в групі хворих на ГХ – порівну, II група – хворі з поєднаною патологією – чоловіків – 26,5%, а жінок – 73,5%, у групі хворих на ГХ – 22,2% чоловіків та 77,8% жінок, III група – 66,7% чоловіків та 33,3% жінок та 57,1% – чоловіків, 42,9% – жінок відповідно.

Висновки. У групі хворих на ГХ та ЦД 2 типу рівень фізичної активності був у 1,5 рази нижчим від хворих на ГХ, характеризувався зниженням інтенсивності серед осіб жіночої статі, а також з віком.

Скалозубова М. В., Меламуд К.С.

ІМУНОДІАГНОСТИКА ТА ЛАБОРАТОРНИЙ КОНТРОЛЬ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології.

Науковий керівник: д. мед. н., професор Бабаджан В.Д.

Метою дослідження було вивчення залежності прогнозу перебігу ВІЛ-інфекції від стартових умов та динаміки рівня імунологічних показників і вірусного навантаження (ВН). В Харківському обласному центрі боротьби з СНІДом анонімно проведено аналіз клінічних та імунологічних показників 12 хворих на СНІД. Рівень CD4-T-хелперів (CD4, кл/мл) визначали методом проточної цитометрії, ВН (РНК/мл) досліджували методом ПЦР. Хворі на СНІД отримували антиретровірусну терапію (АРТ): зидовудин, ламівудин, невірапін.

Наводимо результати обстеження 4 хворих. Хворий 1. До АРТ CD4 411 кл/мл, ВН – 3242 РНК/мл, через 4 роки АРТ: CD 4 – 772 кл/мл, ВН – 15 РНК/мл. Прогноз сприятливий, спостерігається підвищення числа CD 4 вище 500 кл/мл, що знижує ймовірність розвитку опортуністичних інфекцій. Хворий 2. До АРТ CD4 – 303 кл/мл, ВН – 979 РНК/мл, через 4 роки АРТ: CD 4 – 399 кл/мл, ВН – 0. Незважаючи на зниження ВН до 0, прогноз залишається сумнівним, тому що кількість CD 4 недостатня для боротьби з опортуністичними інфекціями, спостерігалися кандидоз слизової оболонки ротової порожнини, мікоплазмова пневмонія. Хворий 3. До АРТ CD 4 – 280 кл/мл, ВН – 2146 РНК/мл, через 4 роки АРТ: CD 4 – 501 кл/мл, ВН – 17 РНК/мл. Прогноз захворювання сприятливий. Хворий 4. До АРТ CD4 – 117 кл/мл, ВН – 4587 РНК/мл, через 4 роки CD 4 – 443 кл/мл, ВН – 15 РНК/мл. Прогноз сумнівний, спостерігалися кандидоз слизової оболонки ротової порожнини, часті рецидиви бактеріальних інфекцій.

Таким чином, прогноз ефективності терапії не завжди залежить від стартових умов, а важливе значення має ефективність комбінованої антиретровірусної терапії, що супроводжується позитивною динамікою імунологічних показників та покращенням імунної відповіді.

Скибина К.П., Алексеева Е.С.
СВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ, ДИСЛИПИДЕМИИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №3
Научный руководитель - Сокольникова Н.В.

При сахарном диабете (СД) даже небольшое повышение артериального давления (АД) способствует развитию и прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ожирение является неблагоприятным прогностическим фактором для развития ССЗ и может усугублять течение СД. Целью исследования было оценить взаимосвязь между показателями гемодинамики, липидного обмена и избыточным накоплением интраабдоминального жира у больных СД 1 и 2 типа.

Материалы и методы: У 18 больных СД 1 типа и 17 больных СД 2 типа были определены отношение окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ), систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), среднее гемодинамическое АД (СГАД); биохимическим методом определен общий холестерин, триглицериды, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), по формуле Фридвальда определен уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП).

Результаты: У больных СД 1 типа выявлены следующие достоверные корреляционные связи: между ОТ/ОБ и ХСЛПНП ($R=0,82$), между ОТ/ОБ и ХСЛПВП ($R=-0,35$), между СГАД и ОТ/ОБ ($R=0,2$). У больных СД 2 типа выявлены достоверные связи между ОТ/ОБ и ХСЛПНП ($R=0,55$), между ОТ/ОБ и ХСЛПВП ($R=-0,43$), между СГАД и ОТ/ОБ ($R=0,2$).

Выводы: Полученная связь между избыточным накоплением интраабдоминального жира, дислипидемией и СГАД у больных СД 1 и 2 типов свидетельствует о взаимоусиливающем влиянии этих факторов, в том числе и на развитие сердечно-сосудистых осложнений у вышеуказанного контингента больных.

Сухонос Н.К.
КОНКУРЕНТНІ ПРОСТАГЛАНДИНИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМ
ПЕРЕБІГОМ ВІБРАЦІЙНОЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБ
Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішніх та професійних хвороб
Науковий керівник: проф. д.мед.н. Капустник В.А.

Різноманіття ефектів простагландинів обумовлено як особливостями прояву їх дії, так і різнонаправленістю їх впливів на тканини і органи. Простагландини групи Е надають прямий вплив на систему кровообігу та нейтралізують кардіоваскулярні ефекти ендогенного $\text{PGF}_{2\alpha}$, який є прямом їх антагоністом. Різнобічна оцінка фізіологічних висвітлити потенційну роль ендогенних PGE_2 і $\text{PGF}_{2\alpha}$ в патогенезі цих захворювань.

Мета. Вивчити ефекти дії конкурентних простагландинів при поєднаній патології ВХ та ГХ.

Матеріали і методи. Клінічною базою для проведення досліджень був НДІ гігієни праці та професійних захворювань ХНМУ. У дослідження були включені 107 хворих з діагнозом ВХ від впливу локальної вібрації I та II ступеня, у віці від 41 до 66 року (середній вік ($54 \pm 6,17$ років)). З них у 60 хворих ВХ з ГХІІ (основна група), а у 47 хворих ізольована ВХ (група порівняння). Кожна група була розділена на підгрупи за ступенем ВХ. Основну групу розділили на хворих ВХІ з ГХІІ (26 чоловік) і другу

підгрупу хворих ВХІІ з ГХІІ (34 особи) . Група порівняння була розділена на підгрупу з ізольованою ВХІ ст. (21человек) і з ізольованою ВХ ІІ ст. (26 осіб). Вміст простагландинів у сироватці крові визначали методом радіоімунного аналізу за допомогою діагностичних тест-систем фірми «Amersham» (Великобританія).

Результати. При обстеженні нами виявлено достовірне збільшення вмісту ПГЕ₂ у групі зіставлення у порівнянні з контролем: ПГЕ₂ -2041пг/мл МЕ [1790;2266] проти 1649 пг/мл МЕ [1211;1867], та набування максимального значення в основній групі 2267 пг/мл МЕ [1883;2589], ($p<0,05$). Також виявлено достовірне збільшення вмісту ПГF_{2α} у групі зіставлення у порівнянні з контролем: 23,93пг/мл МЕ [21,01;27,03]проти 16,9 пг/мл МЕ [14,33; 19,20], та набування також максимального значення в основній групі 28,27пг/мл МЕ[25,39;31,25], $p<0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про поглиблення судинних порушень у хворих з поєднаною патологією. Гіперпродукція ендogenous ПГF_{2α} в поєднанні з підвищенням ПГЕ₂ до критично високого рівня можуть бути важливими факторами, які беруть участь у формуванні незворотніх судинних порушень. Дисбаланс синтезу ендogenous ПГ, що виявляється значним збільшенням ПГF_{2α} та ПГЕ₂, може мати певне значення у виникненні рефрактерної до лікування ГХ. Збільшення конкурентних простагландинів до високого рівня має особливо важливе значення в патогенезі як ГХ так і ВХ. І може вказувати, що надлишок ПГF_{2α} призводить практично до повної нейтралізації антигіпертензивних, ангіопротективних і органопротективних механізмів дії ендogenous ПГЕ₂.

Тельнова С.М.

ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ І СИНДРОМ НЕТИРЕОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ. ФОКУС НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра внутрішньої медицини №1**

Науковий керівник – д. мед. н. Бабак О.Я.

Найбільш розповсюдженою серед серцево-судинних захворювань залишається артеріальна гіпертензія (АГ), яка є частою причиною виникнення ускладнень, інвалідності та летальності в осіб працездатного віку. Наявність у хворих на АГ супутньої патології обумовлює більш тяжкий перебіг основного захворювання та значні труднощі в терапії пацієнтів. До такої супутньої патології відноситься неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖП), яка зустрічається більш ніж 50 % пацієнтів з АГ. АГ і НАЖП характеризуються не тільки значною розповсюдженістю, але мають і схожі фактори ризику. Такі відомі фактори ризику артеріальної гіпертензії, як ожиріння, гіподинамія, гіперліпідемія можуть призводити до метаболічного ураження печінки і розвитку НАЖП.

Одним із серцево-судинних факторів ризику є дисфункція щитоподібної залози (ЩЗ). За останні 5 років в Україні кількість хворих з тиреоїдною дисфункцією збільшилась в 5 разів. Найбільш поширеною формою тиреоїдної дисфункції є гіпотиреоз, при якому визначаються механізми потенції серцево-судинних факторів ризику, насамперед ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушення ліпідного та вуглеводного обміну – чинників, що становлять кластер факторів кардіометаболічного ризику, визначений як метаболічний синдром (МС). У хворих на МС формується синдром нетиреоїдної патології (СНТП) внаслідок порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів в органах мішенях, що поглиблює порушення тиреоїдного гомеостазу у хворих з пониженою функцією ЩЗ та

надлишкової вагою. Зміни тиреоїдного статусу при метаболічному синдромі збільшуються зі зростом інсулінорезистентності. Відхилення тиреоїдного гомеостазу реєструються у хворих з хронічними захворюваннями печінки, яка є місцем периферичної конверсії тиреоїдних гормонів. Особливо це стосується НАЖХП, основним етіологічним фактором розвитку якої є інсулінорезистентність. Крім того тології. Але дослідженню механізмів взаємозв'язку між хронічними захворюваннями печінки і тиреоїдним гомеостазом та їх впливу на серцево-судинну патологію, зокрема на АГ, приділяється недостатня увага. Вивчення впливу тиреоїдного гомеостазу на особливості перебігу АГ у хворих на НАЖХП є актуальним і перспективним напрямом дослідження, що є метою нашої подальшої роботи.

Терешкін К.І., Зайцев П.В.

МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра загальної практики-сімейної медицини та внутрішніх хвороб**

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Пасієшвілі Л.М.

Згідно показника DALI (2009 р) артеріальна гіпертензія (АГ) та ожиріння належать до провідних факторів ризику формування найбільш поширених я у хворих на АГ з ожирінням, може бути проявом однієї з патогенетичних ланок метаболічних порушень та, тим самим, сприяти виникненню і розвитку ускладнень.

Метою нашого дослідження стало вивчення залежності клініко-гемодинамічних та метаболічних змін у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) від антропометричних показників та ступеня ожиріння (ОЖ).

Матеріали і методи. До роботи було залучено 60 хворих з II стадією ГХ. Діагноз встановлювали з урахуванням результатів клініко-інструментального дослідження, рекомендацій Української асоціації кардіологів, Європейської асоціації гіпертензії та приказу МОЗ України №384 від 24.05.2012 р.

Всі хворі були розподілені на дві групи – основну, – до якої увійшло 38 осіб з ГХ та ожирінням, та групу співставлення - 22 хворих на ГХ з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 16 практично здорових осіб. До роботи не залучали осіб, які мали обструктивні захворювання легень, інфаркт міокарда в анамнезі, онкопатологію, хвороби ендокринної системи, симптоматичну АГ, а також серцеву недостатність більше ніж ІА стадії. Обстеження пацієнтів включало: визначення антропометричних даних - вимірювання об'єму талії та стегон (ОТ та ОС), індексу маси тіла (ІМТ); гемодинамічних (моніторинг артеріального тиску (АТ) протягом доби) та біохімічних (визначення рівню глюкози в сироватці крові). Отримані результати співставляли з клінічними проявами захворювання та ступенем тяжкості ОЖ.

Результати та їх обговорення. При дослідженні рівню систолічного артеріального тиску (САТ) у хворих на ОЖ II і ОЖ III ст., у пацієнтів групи співставлення (з нормальною масою тіла) та в осіб з надлишковою масою тіла (НМТ) виявили вірогідну різницю ($p < 0,001$ і $p < 0,01$ відповідно). При ОЖ I ст. рівень САТ вірогідно відрізнявся від даного показника при ОЖ II ст. та ОЖ III ст. (відповідно $p < 0,05$ і $p < 0,05$). Тобто, ожиріння значно впливало на величину АТ, що було підтверджено встановленим позитивним кореляційним зв'язком між САТ та величиною ОТ ($r = +0,48$; $p < 0,001$). В той же час не спостерігалось вірогідної різниці за величиною діастолічного артеріального тиску (ДАТ) між пацієнтами на ГХ, що мали нормальну МТ та НМТ, а також в разі порівняння цього гемодинамічного показника при НМТ та

ОЖ I ст. ($p>0,05$). Рівень ДАТ також вірогідно не відрізнявся у хворих на ГХ із ОЖ II ст. та ОЖ III ст. Однак, у хворих на ГХ з ОЖ II ст. і III ст. спостерігалися вірогідно більш високі середні значення ДАТ порівняно з пацієнтами, що мали нормальну МТ, НМТ і ОЖ I ст. (відповідно $p<0,01$, $p<0,001$, $p<0,001$). Проведений аналіз вмісту глюкози в сироватці крові натщесерце показав, що при ГХ з нормальною вагою та з НМТ змін в даному показнику не відбувається; при ОЖ I ст. рівень глюкози в крові досягав $(5.9\pm0,5)$ ммоль/л, а при ОЖ II ст. и ОЖ III ст. $(6,1\pm0,4)$ і $(6,3\pm0,5)$ ммоль/л відповідно. Тобто, приєднання ожиріння у хворих на АГ оказує негативний вплив як на перебіг кардіоваскулярної патології, так й на формування метаболічних зсувів.

Висновок. Сукупний перебіг ГХ та ожиріння супроводжується поглибленням кардіальних змін, що проявляється поступовим підвищенням показників артеріального тиску зі збільшенням стадії ожиріння, а також призводить до порушення вуглеводного обміну, тим самим сприяючи розвитку гіперглікемії.

Титова Г.Ю., Глєбова О.В., Калініченко А.О.
ПОКАЗНИКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З
ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ
Харківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої
медицини №2 клінічної імунології та алергології
Науковий керівник – професор Кравчун П.Г.

На сьогодні ішемічна хвороба серця у поєднанні з ожирінням є серйозною медико-соціальною та економічною проблемою сучасного суспільства, актуальність якої визначається, у першу чергу, високою поширеністю.

Мета - визначити роль ендотеліну-1 у патогенезі постінфарктного кардіосклерозу, асоційованого з ожирінням на тлі вивчення показників ендотеліальної дисфункції.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 56 хворих на Q-позитивний інфаркт міокарду, які знаходилися на лікуванні в інфарктному відділенні ХМКЛ № 27. Кількісне визначення вмісту ендотеліну-1 у плазмі крові проводилося за допомогою набору реактивів «Endothelin-1 (Human) (EIA-3420)» DRG, США на аналізаторі Labline-90 (Австрія) імуноферментним методом.

Статистична обробка даних проводилася за методом визначення дескриптивних показників: медіани (Mediana) і середнього значення (Mean). Рівень ендотеліну – 1 у хворих на постінфарктний кардіосклероз без ожиріння склав 10,12 нг/мл, а у хворих, які страждають на постінфарктний кардіосклероз з супутнім ожирінням - 12,4 нг/мл, що перевищує значення цього показника у хворих без ожиріння на 2,28 нг/мл.

Висновки: таким чином, поєднання постінфарктного кардіосклерозу та ожиріння призводить до більш виразних проявів ендотеліальної дисфункції, порівняно з хворими без ожиріння.

Тихонова О.О.
ДОСТИЖЕНИЯ ГИППОКРАТА В МЕДИЦИНЕ
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики терапии
Научный руководитель: Сафаргалина-Корнилова Н.А.

Гиппократ жил в эпоху высшего культурного взлета Древней Греции и был современником Сократа и Платона. Гиппократу медицина обязана появлением учения о темпераменте человека. Согласно его учению, общее поведение человека зависит от соотношения четырёх соков: крови, желчи, чёрной желчи и слизи. В произведениях

Гиппократу існують описання властивостей сангвініків, холериків, флегматиків і меланхоліків. Гіппократ є одним із перших, хто навчав, що захворювання виникають внаслідок природних причин, заперечуючи існуючі суєверії про втручання богів. Він відокремив медицину в окрему науку, відокремив її від релігії, за що увійшов в історію як «отець медицини».

Достиженням Гіппократа є описання методів обстеження хворих — аускультации і пальпации. Він ретельно вивчав характер виділень (мокрота, екскременти, сеча) при різних захворюваннях. При обстеженні хворого він уже користувався такими прийомами як перкусія, аускультация і пальпация.

Ім'я прославленого лікаря міцно увійшло в сучасну медицину в вигляд численних термінів. Наприклад, «ногти Гіппократа» — особлива деформація нігтів, також відома під назвою «ногти в вигляд годинникових склянок». Часто поєднується з «пальцями в вигляд барабаних паличок». Є ознакою гіпертрофічної остеоартропатії, виникаючої при тривалих порушеннях газового обміну на фоні хронічних захворювань легких (абсцес легкого, бронхоектази, пухлики легких і др.). Така деформація може бути помічена також при вроджених пороках серця, при хронічному септичному ендокардиті, біліарній циррозу печінки. Шумом плеска Гіппократа називається звук, вислушуваний при гідропневмотораксі, тобто при одночасному наявності в порожнині плеври газу і рідини. Термін «маска Гіппократа» став крилатим, позначаючи обличчя помираючого хворого.

Таким чином, результати наукових досліджень Гіппократа з успіхом використовуються лікарями і по сьогоднішній день.

Трикоз В.Г.

АНАЛІЗ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ АМІНОКИСЛОТНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства

Науковий керівник — к.мед.н., асистент Бабичева О.О.

Мета дослідження — визначити стан амінокислотного обміну у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП) та цукровий діабет 2-го типу (ЦД).

Матеріали і методи. Обстежено 120 хворих. Пацієнти віком від 19 до 74 років, серед яких 38 (31,6 %) чоловіків і 82 (68,3 %) жінки, були розділені на 4 групи: 1-ша — хворі на НАЖХП — 20 осіб; 2-га — хворі на ЦД 2-го типу — 20 осіб; 3-тя — хворі на НАЖХП у поєднанні з ЦД 2-го типу з нормальною масою тіла — 40 осіб; 4-та — хворі на НАЖХП у поєднанні з ЦД 2-го типу з підвищеною масою тіла — 40 осіб. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Стан амінокислотного обміну в сироватці крові визначали методом хроматографії.

Результати досліджень. Аналіз показників амінокислот в сироватці крові достовірно ($p < 0,05$) встановив зниження показників валіну в сироватці крові у хворих 1-й групи ($195,0 \pm 7,0$ мкмоль/л), 2-й групи ($195,0 \pm 7,0$ мкмоль/л) та прогресуюче зниження у пацієнтів 3-й ($140,0 \pm 6,0$ мкмоль/л) та 4-й групи ($125,0 \pm 5,5$ мкмоль/л) при порівнянні з контролем ($229,0 \pm 10,0$ мкмоль/л). Рівень лейцину в сироватці крові був достовірно ($p < 0,05$) знижений у пацієнтів 1-й ($72,0 \pm 6,7$ мкмоль/л), 2-й ($75,0 \pm 7,2$ мкмоль/л), 3-й групи ($52,0 \pm 4,3$ мкмоль/л) та 4-й групи ($43,0 \pm 3,8$ мкмоль/л) при порівнянні з контролем ($125,0 \pm 5,5$ мкмоль/л).

Висновки. Аналіз показників амінокислотного обміну виявив зниження рівня валіну, лейцину в сироватці крові, що сприяє прогресуванню метаболічних порушень та достовірно відображає функціональний стан печінки у хворих на НАЖХП та ЦД 2-го типу.

Трифонов Н.С.

ЗМІНИ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства**

Ішемічна хвороба серця (ІХС) вже багато років посідає важливе місце у структурі захворюваності в усіх економічно розвинутих країнах світу. Зміни рівнів прозапальних цитокінів у хворих на нестабільну стенокардію (НС) на тлі цукрового діабету (ЦД) 2 типу відіграють важливу роль у діагностиці та визначенні прогнозу у даного контингенту хворих.

Мета роботи полягала у вивченні змін прозапальних цитокінів (фактору некрозу пухлин (ФНП) - α , інтерлейкіну - 6 та асоційованого з вагітністю протеїну плазми RAPP - А), так як ступінь активності запалення при атеросклерозі можна роздивлятись як найбільш важливу характеристику процесів, що призводять до дестабілізації атеросклеротичної бляшки.

Було обстежено 114 хворих на НС. Серед обстежених було 54 чоловіка (47,4 %), 60 жінок (52,6%), які були розподілені на групи в залежності від наявності ЦД 2 типу. Першу групи склали 61 хворих на НС з супутнім ЦД 2 типу, другу групу склали 53 пацієнти з НС, у яких було виключено діагноз ЦД 2 типу. Групу контролю склали 14 практично здорових осіб.

Нами було встановлено, що у хворих на нестабільну стенокардію та ЦД 2 типу відзначалося вірогідне підвищення рівня RAPP-А, що склав $8,6 \pm 1,2$ мМО/л, порівняно з $5,9 \pm 1,7$ мМО/ у хворих без діабету та $1,9 \pm 0,9$ мМО/л контрольною групою. При вивченні зв'язку RAPP – А з іншими показниками судинного запалення було виявлено прямі кореляційні зв'язки між рівнями RAPP – А та ФНП – α та SK - 6 у хворих обох груп, та їх достовірне підвищення у порівнянні з контрольною групою.

Таким чином при НС та ЦД 2 типу підвищується активність прозапальної ланки цитокінів, що може розглядатися як тригер дестабілізації ІХС.

Чернякова О.Є.

ФЕНОТИПИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ

**Харківський національний медичний університет, кафедра пропедевтики
внутрішньої медицини №2 і медсестринства**

Науковий керівник д.мед.н., професор Оспанова Т.С.

Останнім часом у світовій медицині спостерігається чітка тенденція повернення уваги лікаря до особистості пацієнта, визнання його автономії. У межах існуючих протоколів діагностики і лікування, сучасних класифікацій знову виділяються фенотипи хвороб, вивчаються якість життя пацієнта, його прихильність до лікування, що дозволяє максимально наблизити лікаря до розуміння індивідуальних особливостей перебігу хвороби, її «внутрішньої картини» очима пацієнта.

Нами досліджено якість життя (ЯЖ) і прихильність до терапії (ПТ) у 60 пацієнтів з бронхіальною астмою, які знаходилися на лікуванні в алергологічному відділенні Харківської обласної клінічної лікарні. ЯЖ вивчалася за допомогою короткої форми міжнародного опитувальника SF – 36, ПТ – за валідизованим міжнародним тестом

Мориски- Грина. Результати анкетування заМО SF - 3б оцінювалися спеціальною комп'ютерною програмою у балах. Тест Мориски-Грина містить 4 питання, кожне оцінюється 1 балом, ПТ констатується при 4 балах, неприхильність (НПТ) - при 2 балах і менше.

Аналіз отриманих даних дозволив виділити фенотипи пацієнтів згідно оцінки ними показників сумарних шкал фізичного (PCS) і психічного (MCS) здоров'я. Фенотип з низьким PCS (30,4 + 4,5 - 33, 9 + 4,3 бали) складають пацієнти з БА IV ст., неконтрольованим перебігом, ЛН Іст., ІМТ більше за 24 кг/м², АГ, жінки, гормонозалежні. До фенотипу з високим PCS (40,8 + 4,8 - 41,2 + 5,1 бали) відносяться пацієнти з БА ІІІ ст., частково контрольованим перебігом, достатньою функцією легенів. Фенотип з низьким MCS (33,9 + 4,4 - 37,7 + 11,6 балів) складають пацієнти з БА ІV ст., ІМТ менше за 24 кг/м², чоловіки, віком від 20 до 39 років. До фенотипу з високим MCS (39,2 + 4,6 - 44,6 + 5,1 балів) відносяться пацієнти з БА ІІІ ст., частково контрольованою, віком 50-59р., ІМТ більше за 24 кг/м², нормотензивні, з відсутністю алергійного риніту. Якщо пацієнт оцінює свою ЯЖ так, що це не співпадає з виділеним фенотипом, варто проаналізувати можливі причини такої розбіжності з метою оптимізації індивідуальної програми лікування і реабілітації. Аналіз результатів дослідження ПТ дозволив у 39,3 + 3,8 % досліджених визначити фенотип НПТ у пацієнтів з БА: вік більше за 60 років, БА ІІІ ст., неконтрольована, тривалість хвороби більше за 10р., наявність АГ, ІМТ більше за 24 кг/м². Ймовірно, що неконтрольований перебіг БА у пацієнтів з низькою якістю життя пов'язаний саме з неприхильністю до терапії.

Висновки. 1. Дослідження якості життя і прихильності до терапії дозволяють виділити фенотипи з високим і низьким показником сумарної шкали фізичного здоров'я (PCS), високим і низьким показником сумарної шкали психічного здоров'я (MCS), неприхильності до терапії у пацієнтів з бронхіальною астмою; 2. При фенотипі з низьким PCS необхідно переглянути алгоритм і об'єм базисної терапії, оптимізувати гіпотензивну терапію, вжити заходи до зменшення гормонозалежності. У пацієнтів з фенотипом низького MCS необхідно забезпечити консультації психолога, психотерапевта, отоларинголога. 3. При фенотипі неприхильності до терапії пацієнта варто залучати до навчальних програм, участі в астма – школі, групах взаємної підтримки, демонструвати йому переконливі докази ефективності базисної терапії шляхом моніторингу спірографії, пікфлоуметрії. 4. Динамічні дослідження якості життя та прихильності до терапії, визначення фенотипів, використання отриманих результатів для корекції індивідуального підходу до терапії у кожному конкретному випадку мають бути необхідною ланкою алгоритмів лікування та реабілітації пацієнтів з бронхіальною астмою.

Шалімова А.С.

КОРЕКЦІЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

**Харківська медична академія післядипломної освіти,
кафедра терапії та нефрології**

Цукровий діабет 2 типу (ЦД 2т) є важливою медико-соціальною проблемою та стоїть у ряду пріоритетів національних систем охорони здоров'я майже в усіх країнах світу. Коморбідність гіпертонічної хвороби (ГХ) і ЦД 2т є особливо серйозною проблемою, що пов'язане з більш раннім розвитком ураження органів-мішеней і наступними серцево-судинними катастрофами.

Багато дослідників відносять серцево-судинну патологію до захворювань вільнорадикальної природи. В даний час активація вільнорадикальних

окислювальних процесів і розвиток оксидантного стресу визнається одним з найважливіших патогенетичних механізмів серцево-судинних захворювань. Підвищена продукція вільних радикалів сприяє розвитку ендотеліальної дисфункції з порушенням співвідношення впливу вазоактивних речовин та факторів з перевагою вазоконстрикторних ефектів. Таким чином, враховуючи актуальність проблеми медикаментозної корекції процесів вільнорадикального окислення у пацієнтів з ГХ при ЦД 2т, було проведено наступне дослідження.

Мета роботи полягала в оцінці ефективності впливу α -ліпоевої кислоти (α -ЛК) на показники оксидативного стресу і антиоксидантного захисту у пацієнтів з ГХ і ЦД 2т.

На базі кафедри терапії та нефрології Харківської медичної академії післядипломної освіти до і після шестимісячного лікування обстежено 78 пацієнтів з ГХ у сполученні з ЦД 2т. Контрольна група складалася з 15 практично здорових осіб.

Стан прооксидантної системи оцінювався за активністю молекулярних продуктів перекисного окислення ліпідів – дієнових кон'югатів (ДК) і малонового діальдегіду (МДА), а стан ферментативної системи антиоксидантного захисту – за активністю супероксиддисмутази (СОД) і каталази (Кат). В якості цукрознижуючої терапії всі пацієнти отримували комбінацію метформіну і гліклазиду, а в якості антигіпертензивної терапії – комбінацію інгібітора ангіотензинперетворюючого ферменту і тiazидоподібного діуретика. Усім хворим призначалися також ацетилсаліцилова кислота у дозі 75 мг на добу та аторвастатин у дозі 20–40 мг на добу. Пацієнти були поділені на дві підгрупи: у першу підгрупу (n=40) увійшли хворі, які отримували лише базисну терапію, а у другу підгрупу (n=38) – пацієнти, які додатково до базисної терапії отримували препарат α -ЛК у таблетках в дозі 600 мг/добу. Результати дослідження показали, що в обох групах пацієнтів після проведеного лікування мало місце достовірне зниження рівнів МДА і ДК при зростанні значень Кат і СОД ($p<0,05$). При цьому позитивна динаміка зазначених показників була достовірно більш вираженою у групі пацієнтів, які додатково до стандартної терапії отримували α -ЛК ($p<0,01$).

Таким чином, отримані результати дослідження свідчать про те, що у хворих з ГХ і ЦД 2т додаткове призначення α -ЛК в більшій мірі впливало на метаболічний гомеостаз і баланс системи про- і антиоксидантного захисту, ніж стандартна терапія. Тому використання α -ЛК у хворих на ГХ і ЦД 2т є патогенетично обґрунтованим. Встановлені ефекти α -ЛК можуть забезпечити підвищення прихильності до лікування і поліпшення якості життя пацієнтів з коморбідною патологією.

Швед Д.В.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра пропедевтики внутренней медицины №2

Научный руководитель: Бильченко О.С.

Внебольничная пневмония остается актуальной проблемой медицины, сохраняется ее высокая распространенность, которая приобретает порой эпидемический характер. Смертность от пневмонии занимает 1 место среди инфекционных заболеваний. Особенно тяжелое течение заболевания наблюдается у больных с иммунодефицитом (ИД) и их количество постоянно возрастает. Это обусловлено увеличением диапазона применения цитостатиков, эпидемий СПИДа/ВИЧ инфекции, внедрением в практику пересадки донорских органов, врожденными нарушениями иммунитета, ростом аутоиммунных заболеваний,

многолетними курсами иммуносупрессивной терапии, наркоманией, значительная часть заболеваний пневмонией обусловлена TORCH-инфекцией.

На протяжении 2 лет мы наблюдали 269 больных внебольничной пневмонией (ВП), у которых заболевание протекало на фоне иммунодефицитного состояния: у 2-х больных (0,3%) на фоне первичных иммунодефицитов (болезнь Брутона и гипериммуноглобулинемия E); у 28 больных (4%) ВП протекала на фоне ВИЧ-инфекции, у 37 больных (5%) – на фоне иммунодефицитного состояния, обусловленного герпес-вирусной инфекцией 1/2 типа, у 66 больных (9%) – на фоне поствирусного синдрома усталости, у 32 больных (4,5%) – на фоне иммунодефицитных нарушений с проявлениями хламидийной инфекции, у 15 больных (2%) – на фоне аутоиммунной патологии (СКВ, сахарный диабет и т.д.) и у 13,2% больных отмечены другие причины ИД (нарушение питания, частый и длительный прием антибиотиков, пожилой возраст, асоциальный образ жизни).

В иммунном статусе больных ВП на фоне ИД отмечено снижение активности Т-клеточного звена: CD3 до $48,5 \pm 1,22\%$ дисбаланс в иммунорегуляторном звене за счет снижения CD4 до $32 \pm 0,89\%$; было зарегистрировано угнетение факторов неспецифической резистентности организма; количество фагоцитирующих нейтрофилов снижалось до $29 \pm 4,4\%$, фагоцитарное число составляло $1,0 + 0,2$, активность НСТ-теста спонтанного составляла $18 \pm 2,1\%$, уровень комплимента составлял $34 \pm 3,1$ единиц. У больного иммунодефицитом, обусловленным герпес-вирусной инфекцией 1/2 типа, отмечено повышение уровня IgG к HSV 1/2 в 7 раз от нормальных показателей. У больных ВП на фоне иммунодефицита, обусловленного хламидийной инфекцией кроме выявления специфических антител к Ch.pneumonia, Ch.Trachomatis у 13% отмечена положительная ПЦР к данным возбудителям.

Таким образом, при обследовании больных с пневмонией обязательно нужно проводить исследование иммунного статуса и учитывать его состояние при назначении лечения, а также при ведении больных в ВП необходимо учитывать возможную роль TORCH-инфекции в развитии иммунодефицитного состояния.

Шелест Б.А., Шатилова Ю.И., Ковалева Ю.А.
ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И УРОВНЯ
ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ
СИНДРОМЕ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренних и профессиональных болезней

Ремоделирование левого желудочка (ЛЖ) при артериальной гипертензии (АГ) заключается в том, что в результате повышенного артериального давления (АД) и воспаления развиваются процессы, ведущие к фиброзу, гипертрофии миоцитов с изменением геометрии и полости левого желудочка.

Целью работы явилось исследование провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ 1 β , ИЛ 6) у больных с АГ, изучение их роли в ремоделировании левого желудочка.

Материалы и методы. Обследовано 36 больных с АГ и хронической сердечной недостаточностью II-III функционального класса (ФК) (NYHA), из них 21 больных с АГ 1 стадии и 15 – со II стадией. Контрольную группу составили 22 больных без признаков АГ и ХСН. Больные были разделены на 2 группы: с фракцией выброса (ФВ) $> 40\%$ и $< 40\%$.

Результаты. У больных АГ 1 ст. с ФВ $> 40\%$ уровень ФНО- α составил $63,4 \pm 4,8$ нг/мл, ИЛ-1 β - $41,6 \pm 8,3$ нг/мл, ИЛ-6 $33,8 \pm 3,11$ нг/мл, КДО $140,6 \pm 18,6$ мл,

КСО 78,66±10,71, что практически не отличалось от показателей контрольной группы. Для больных АГ 1 ст. с ФВ < 40 % было характерно увеличение уровня ФНО-α до 76,8 ±9,6 нг/мл, ИЛ-1β - 49,1±8,8 нг/мл, ИЛ-6 46,6±5,8 нг/мл. Все показатели достоверно отличались от группы с нормальной ФВ (p<0,05, p<0,01, p<0,05 соответственно), а также увеличение КДО до 198,5±21,1 мл, КСО 168,25±11,12).

Выводы. Повышение продукции ФНО-α, ИЛ-1β ассоциировалось с развитием ремоделирования миокарда.

Шеховцова Ю.А.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ САХАРНОГО
ДИАБЕТА ТИПА 2 И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель – проф., д.мед.н. Журавлева Л.В.**

Цель исследования – изучить взаимосвязи антропометрических данных, нарушений углеводного и липидного обменов и функционального состояния ПЖ у пациентов с сочетанным течением СД типа 2 и НЖБПЖ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 48 пациентов. 1-я группа (n=15) пациенты с сочетанным течением СД типа 2 и НЖБПЖ, 2-я группа (n=21) - с НЖБПЖ, 3-я группа (n=22) - с СД типа 2 и контрольная группа (n=20). Средний возраст составил 48,4±5,3 лет, HbA_{1c}<7,5%. Оценивали функциональное состояние ПЖ: α-амилазу в сыворотке крови, фекальную эластазу -1, С-реактивный пептид и УЗИ ПЖ. Показатели углеводного обмена (глюкоза в сыворотке крови, определение нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), HbA_{1c}, инсулин, НОМА-IR) определялись по стандартным методикам.

Результаты. При оценке трофологического статуса у пациентов с сочетанным течением СД 2 типа и НЖБПЖ преобладало ожирение 2-й и 3-й степени (44,3% и 38,9% пациентов соответственно). НТГ во 2-й группе выявлено у 3,2% (p<0,05). Установлено достоверное повышение показателя HbA_{1c} в 1-й и 3-й группах (p<0,05). Повышение НОМА-IR наблюдалось у 100% больных 1-й группы (p<0,05), в 32,1 % 2-й группы (p<0,05) и в 97,0 % 3-й группы (p<0,05). Наибольшее увеличение (в 1,2 раза) наблюдалось в 1-й группе (p<0,05) и коррелировало с ИМТ (r=0,39; p<0,001), уровнем ТГ (r=0,29; p<0,001), глюкозы (r=0,36; p<0,01). Уровень α-амилазы в 1-й и 3-й группах был существенно выше (p<0,05), а эластазы-1 – существенно ниже (p<0,05).

Выводы. НЖБПЖ в сочетании с СД типа 2 сопровождается более выраженными нарушениями всех видов обмена и явлениями внешнесекреторной недостаточности ПЖ, что требует проведения адекватной заместительной терапии.

Школьник В.В., Шапошникова Ю.Н., Немцова В.Д.

**ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра клинической фармакологии**

Научный руководитель – академик НАМНУ Беловол А.Н.

Цель - выявление особенностей нарушения липидного и углеводного обменов у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне избыточной массы тела (ИМТ).

Материал и методы. Нами проведено обследование 55 больных ГБ II стадии (2 и 3 степени), из которых мужчин 28 и женщин 27 в возрасте от 29 до 74 лет. Контрольную группу составили 19 нормотензивных пациентов. Определение уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) проводили в сыворотке крови ферментативным фотоколориметрическим методом наборами фирмы «Human». Достоверность полученных результатов вычисляли методом парного двухвыборочного теста с использованием t-критерия Стьюдента. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. У больных ГБ в сравнении с контрольной группой имели место более высокие уровни САД и ДАД: на 16,2% и 15,8% соответственно. Кроме того, при ГБ были повышены ИМТ на 11,3%, ОБ и ОТ на 15,6% и 25,2% соответственно, а также уровень ЛПОНП на 70,3%, ТГ на 72,6% и коэффициент атерогенности на 72,6%, что сопровождалось избыточной массой тела на 11,3%.

Выводы. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что нарушение липидного обмена при гипертонической болезни возникают на более ранних этапах метаболических нарушений, сопровождая повышение массы тела. Причем, степень нарушения липидного обмена возрастает с увеличением веса пациента.

ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ

Алтаев М.А., Евтушенко Д.В., Мороз Е.Л.

РОЛЬ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общей хирургии №2**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Петренко Г.Д.

Вступление. Проблема в диагностике и выборе хирургической тактики у пациентов с вентральными грыжами остается актуальной во всем мире. Ежегодно по поводу грыж в мире оперируются более 20 млн. пациентов. Тем не менее, количество рецидивов грыж остается в пределах 15-35% оперированных пациентов. Многие из них оперированы несколько раз.

Целью исследования являлось улучшение диагностики и выбора адекватной хирургической тактики у пациентов с вентральными грыжами с помощью ультразвукового исследования для улучшения реабилитационных показателей у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Кафедра общей хирургии № 2 Харьковского национального медицинского университета занимается изучением проблемы оперативного лечения вентральных грыж более 30 лет. За последние 4 месяца обследовано и оперировано 24 пациента с вентральными грыжами в клинике общей хирургии №2. Среди них мужчин было – 4(16,7%), женщин – 20(83,3%). Средний возраст пациентов составлял 56,3 года. При обследовании данных пациентов использовался ультразвуковой сканирующий прибор (УЗИ) ULTIMA PA EXPERT со встроенным программным обеспечением «InViVo ScanNT Ultima Edition», который оснащен тремя датчиками: линейный, конвексный, кардиологический. При обследовании пациентов с вентральными грыжами нами использовались линейный и конвексный датчики.

Результаты исследования. При анализе литературных данных и результатов собственных наблюдений нами установлено, что основными причинами рецидива вентральной грыжи является отсутствие информации о состоянии брюшной стенки, ее мышечно-фасциального каркаса, наличие дополнительных скрытых дефектов, размерах и конфигурации грыжевых ворот, содержимого грыжевого мешка. При УЗИ нами выявлено: малые вентральные грыжи были у 15(62,5%), средние у 7(29,2%), большие у 2(8,3%) пациентов. Исходя из полученных данных УЗИ, 20(83,3%) пациентам герниопластику выполняли сетчатым эндопротезом, 3(12,5%) пациентам герниопластику проводили собственными тканями по Сапежко К.М., а 1(4,2%) пациенту - атипичная герниопластика. 18(75%) пациентам с вентральными грыжами сетчатый эндопротез устанавливали по методике onlay, 2(8,3%) пациентам сетчатый эндопротез устанавливали по методике sublay. В послеоперационном периоде проводилось УЗИ в динамике для контроля течения раневого процесса.

Выводы. 1. Ультразвуковое обследование пациентов с вентральными грыжами дает возможность получить достоверную информацию о состоянии брюшной стенки, ее мышечно-фасциального каркаса, наличии дополнительных скрытых дефектов, размерах и конфигурации грыжевых ворот, содержимого грыжевого мешка, что позволяет хирургу выбрать адекватный вид герниопластики. 2. Основываясь на данных ультразвукового исследования, операцией выбора у пациентов со средними и

большими грыжами является герниопластика сетчатым эндопротезом, а у пациентов с малыми грыжами герниопластика может выполняться собственными тканями.

**Шевченко А.Н., Лыхман В.Н., Багиров Н.В., Меркулов А.А.,
Гордиенко Н.А.**

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ И АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1
ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева» НАМН Украины**

Введение. Одним из проявлений гнойно-воспалительных осложнений после оперативных вмешательств на органах брюшной полости является формирование отграниченных воспалительных очагов - инфильтратов с последующим нагноением формированием интраабдоминальных абсцессов, причем в последние годы, несмотря на использование огромного арсенала методов диагностики и лечения, не наблюдается тенденции к уменьшению их количества. Большой удельный вес среди инфильтратов брюшной полости приходится на энтерогенные инфильтраты. Анализ данных отечественной литературы свидетельствует о прогрессирующем росте в течение последних 20 лет числа гнойных заболеваний, которые наблюдаются у 30 % всех хирургических больных.

Материалы и методы. Было изучено состояние клеточного и гуморального иммунитета у 86 больных, перенесших операцию по поводу острого хирургического заболевания брюшной полости, которые в зависимости от течения послеоперационного периода были разделены на две группы: - первая (контрольная) - 49 пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода; - вторая (основная) - 37 больных, у которых в срок до 14-х суток после операции развилось воспалительное осложнение. В обеих группах первое исследование иммунограммы проводилось сразу после операции, повторный анализ выполнялся на 7-е сутки послеоперационного периода.

Полученные данные интерпретировали следующим образом: у больных первой группы после операции на фоне проводимой терапии происходила стимуляция специфической защиты, выражавшаяся в тенденции к возвращению изучаемых показателей клеточного и гуморального иммунитета к норме. Во второй группе больных отмечалось прогрессивное снижение показателей клеточного иммунитета с одновременным нарастанием лейкоцитоза по сравнению с соответствующими тестами в первой группе. Следует обратить внимание на тот факт, что во второй группе пациентов уже при первом исследовании отмечалось уменьшение Т-лимфоцитов и тенденция к снижению числа Т-активных лимфоцитов. Совокупность этих признаков явилась предвестником развития воспалительных инфильтратов брюшной полости подтвержденных данными дополнительного обследования пациентов. Во второй группе пациентов были оценены показатели иммунограммы на 10 сутки после повторной операции. Несмотря на благоприятные результаты лечения, восстановление показателей клеточного и гуморального иммунитета у таких больных, на фоне проводимой терапии, не наступало. При нормализации уровня лейкоцитов, количество Т-общих и Т-активных лимфоцитов оставалось примерно в 2 раза ниже нормы. В то же время у этих больных наблюдалась тенденция к увеличению всех классов иммуноглобулинов, особенно Ig M ($p < 0,05$).

Выводы. Использование методов традиционного лечения, особенно антибактериальных препаратов, приводит к формированию у всех больных с гнойно-воспалительными осложнениями вторичного иммунодефицита Средний срок

лечения таких больных составил 26 ± 4 дня. Все это указывает на обоснованность включения в комплекс лечебных мероприятий у пациентов с риском развития воспалительных инфильтратов брюшной полости иммуномодулирующих препаратов, что позволит предотвратить формирование абсцессов. В группу риска должны входить пациенты с вышеописанными признакам развивающегося иммунодефицита.

Басилайшвили С.Ю.

ОНКОМАРКЕРЫ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАКТИКЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра онкологии

Руководитель - проф. Стариков В.И.

По данным Бюллетеня Национального канцер-реестра №14 - "Рак в Україні, 2011-2012" в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗН) в 2011 году у мужского населения первое место занимает рак легкого (РЛ), в структуре смертности - одно из первых мест занимает так же РЛ. Это свидетельствует о том, что проблема РЛ до сих пор не решена и требует дальнейшего рассмотрения. Наиболее значимой причиной смертности от РЛ является поздняя выявляемость в связи с бессимптомным течением или нежеланием больных обращаться в лечебные учреждения. Большая часть больных при поступлении уже являются неоперабельными и подлежат паллиативному химиолучевому лечению, которое, в свою очередь, не приводит к излечению.

В связи с этим, необходимо усовершенствовать методы скрининга РЛ. К рутинной флюорографии добавлять дополнительные методы диагностики. Например, у групп людей с повышенным риском развития РЛ (больные туберкулезом, РЛ или рак других локализаций в анамнезе у больного или его родственников, работники вредных производств) добавлять к ежегодной флюорографии (при возможности обзорная рентгенография органов грудной клетки) онкомаркеры. Из-за недостаточности органо- и опухолеспецифичности, их нельзя использовать как самостоятельный метод диагностики, однако, повышение их концентрации от нормальных значений дает повод для более тщательного дообследования и выявления ЗН на ранних стадиях.

Наиболее часто используемые маркеры при РЛ, циркулирующие в крови нейронспецифическая енолаза (NSE), раковоэмбриональный антиген (РЭА, СЕА), фрагмент цитокератина 19 (CYFRA 21-1), антиген плоскоклеточного рака (SCC), раковый антиген СА 125 (CA 125) и тканевой полипептидный антиген (ТРА.)

Поскольку большинство злокачественных опухолей легкого неоднородны по гистологической структуре, Европейская группа по онкомаркерам (EGTM) рекомендует для диагностики и контроля применять следующие онкомаркеры рака легких: РЭА, NSE, Cyfra-21-1. В зависимости от гистологического строения опухоли рекомендованы к использованию следующие комбинации маркеров: мелкоклеточная карцинома (МКРЛ): NSE и Cyfra 21-1; немелкоклеточная карцинома (НМКРЛ): Cyfra 21-1 и РЭА; аденокарцинома: Cyfra 21-1; плоскоклеточная карцинома: Cyfra 21-1 и РЭА; крупноклеточная карцинома: Cyfra 21-1, NSE и РЭА.

В большинстве случаев, высокий уровень концентраций онкомаркеров отображает распространенность опухолевого процесса и, следовательно, плохой прогноз. Однако, низкий и средний уровни не исключают ЗН или его распространение. Онкомаркеры позволяют оценить эффективность проводимого лечения и проводить послеоперационное внебольничное наблюдение. Период полураспада РЭА составляет 2-3 дня, NSE - 1 день, для Cyfra 21-1 несколько часов, т.е. значительное снижение их уровня уже спустя несколько дней после операции говорит о радикализме, а отсутствие снижения или незначительное снижение о

противоположном. Так же повышение значений их концентрации спустя длительное время после лечения позволяет заподозрить рецидив на раннем этапе.

Таким образом, NSE и Cyfra 21-1 имеют высокую диагностическую ценность при РЛ. При правильном их применении позволяют заподозрить РЛ на ранних стадиях, оценить распространение процесса, наблюдать эффективность лечения и выявлять рецидивы на доклиническом этапе.

Бендзар О.В., Олейник А.А., Істомін Д.А., Лебедь Р.І
ЛІКУВАННЯ ЗАСТАРІЛИХ ПОШКОДЖЕНЬ ТАЗУ В РОДАХ
Харківський національний медичний університет
Науковий керівник: проф. Голка Г.Г.

Ушкодження тазу в родах являється тяжким ускладненням, незважаючи на низьку зустрічаємість до 0,03-4% випадків, що здатне порушувати основні анатомо-функціональні особливості його призначення: опори та реалізації процесу фізіологічних родів. Тому на сучасному етапі являється актуальним створення оптимальних методів лікування жінок з ушкодженням тазу в родах.

Матеріали і методи. Для дослідження було створено 2 групи-контрольна з 3 пацієнток, що отримували традиційне лікування гамаком, та основна-4 пацієнток із застарілими ушкодженнями тазу (лобковий симфіз, крижово-клубові суглоби), яким у комплексному лікуванні застосовували термопластичне ортозування. Дослідження проводилось на базі ХМЛШНМД 1 і 2 травматологічних відділень за період вересень-грудень 2013 року методом клініко-біомеханічного аналізу.

Результати. Порівняльний аналіз ефективності результатів показав, що застосування термопластичного ортозування допомагає зменшити вагову навантаження та розподіл навантаження, що дає можливість проводити лікування застарілих ушкоджень тазу в амбулаторних умовах без загрози порушення втрати тазового кільця та стабільності поясу нижніх кінцівок, що істотно покращило якість життя пацієнток.

Висновки. Застосування термопластичного ортозування ефективно використовується для лікування свіжих та застарілих ушкоджень тазу у родах та характеризується значними перевагами перед традиційними методами лікування.

Балака С.Н., Гони С.-А.Т., Гони С.-К.Т.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФРАКРАСНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2
Научный руководитель: д.мед.н., проф. И.А. Криворучко

Одним из наиболее перспективных направлений использования инфракрасной коагуляции в медицине является проктология. Данный метод лечения отличается минимальная инвазивность, хорошая переносимость больными и значительно меньшая стоимость по сравнению с хирургической операцией.

Цель исследования. Оценить эффективность использования инфракрасной коагуляции у больных с геморроем I-III степени.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 42 больных с геморроем I-III степени (I – 21 (50%), II – 12 (28,6%) и III – 9 (21,4%) больных), у 9 (21,4%) – осложненный кровотечением. Мужчин – 25 (59,5%), женщин – 17 (40,5); средний возраст – 35,3±5,2 лет. Все больные находились под наблюдением в течение года.

Результаты и их обсуждение. К преимуществам данного метода лечения относятся быстрота и простота процедуры воздействия на слизистую оболочку

прямой кишки (1,5-3 с) 3-5 экспозиций через 5-7 суток каждая. Коагуляционный эффект в местах воздействия обнаруживается в виде нескольких белесоватых струпьев, которые через 3-4 недели полностью эпителизовались, а спустя 2-3 недели геморроидальный узел уменьшался и исчезал полностью. Осложнений, потребовавших вмешательства врача, после манипуляции в нашем исследовании не наблюдали. Использование инфракрасной коагуляции в лечении геморроя позволило добиться отличных результатов у 32 (76,2%) и удовлетворительных – у 8 (19%) больных. У 2 (4,8%) пациентов возник рецидив заболевания, который потребовал хирургической коррекции.

Выводы: Таким образом, инфракрасная коагуляция у больных с геморроем I-III степени сопоставима по эффективности с хирургическим лечением и позволяет добиться выздоровления у 95,2% больных.

Балака С.Н., Повеличенко М.С., Гони С.-К.Т
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ВНУТРИБРЮШНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В
НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Криворучко И.А.

Актуальность. Последнее столетие характеризуется значительным развитием хирургических технологий лечения неотложных заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на значительные достижения медицины, релапаротомия является, согласно данным литературы, «вторым ударом» (“second hit”) по организму больного, что может привести к полному истощению компенсаторных механизмов защиты и гибели пациентов. Путем выхода из создавшейся ситуации, наряду с профилактикой послеоперационных осложнений, является уменьшение объема вмешательств, направленных на их ликвидацию.

Цель исследования. Оценить эффективность чрезкожных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, направленных на ликвидацию послеоперационных осложнений у ранее оперированных больных.

Материалы и методы. В 2011-2013 гг. комплексное лечение послеоперационных осложнений с использованием пункционно-дренирующих вмешательств выполнена у 29 больных обоего пола в возрасте от 26 до 57 лет (основная группа). Для сравнения эффективности лечения проведен анализ историй болезней 25 больных, у которых были выполнены повторные открытые вмешательства (группа сравнения).

Результаты и их обсуждение. Преимуществом чрезкожных вмешательств под контролем УЗИ по отношению к лапароскопическим и открытым вмешательствам является постоянный контроль положения иглы и дренажа по отношению к жидкостному коллектору. Перед манипуляцией определяли расстояние от поверхности кожи до полости, а также объем содержимого. При необходимости пункцию осуществляли через левую долю печени или желудок. Наличие петель кишечника и селезенки на пути движения иглы, а также визуализация сосудов являлись абсолютным противопоказанием к проведению манипуляции. Вмешательство всегда осуществляли методом “hands free”, что позволяет проводить санацию закрытых скоплений по криволинейной траектории. Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (14 больных), аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии коллекторов более 500 мл, а также гнойных полостей предпочтение отдавали чрезкожному дренированию. При поступлении большого количества тканевого детрита полость санировали не менее 4 раз в сутки. В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали

объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое и цитологическое исследования, ультразвуковой мониторинг полости. При наличии в полости секвестров крупных размеров выполняли этапное бужирование пункционного канала и постепенным увеличением диаметра дренажей до 30F. Данная манипуляция выполняется под местной анестезией, как правило хорошо переносится больными и не ведет к увеличению тяжести состояния. Время дренирования определялось строго индивидуально и зависело от количества отделяемого, скорости очищения от гнойно-некротических масс и объема остаточной полости. В послеоперационном периоде у 2 (10,5%) больных отмечалась транслокация дренажа, потребовавшая редренирования, что не привело к ухудшению тяжести состояния. В 2 (10,5%) случаях потребовались открытые вмешательства. Летальных исходов, а также общих осложнений в этой группе не было.

Осложнения в группе сравнения после релапаротомии возникли у 10 (40%) больных, в 2 (8%) случаях они явились непосредственной причиной летального исхода.

Выводы. Применение пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука при лечении послеоперационных осложнений позволяют значительно снизить как частоту развития послеоперационных осложнений, так и уровень летальности.

Басилайшвили С.Ю.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра онкологии

Научный руководитель - проф. Стариков В.И.

Рак легких (РЛ) остается ведущей причиной смерти от рака в Украине среди мужчин и женщин. Часть этих больных поддается хирургическому лечению, однако, большинство из них неоперабельны.

По данным Национального института рака США с 2003 по 2009 гг. процент пятилетней выживаемости составляет 16.6%. На 2013 г. количество новых случаев РЛ составило 228.19 на 100 тыс. нас., что составляет 13.7% от всех случаев заболеваемости раком, а летальных исходов - 159.48 на 100 тыс. нас. и 27.5% соответственно.

Немелкоклеточные формы рака легкого (НМРЛ) встречаются в 75-80% случаев. Длительное излечение при хирургическом лечении возможно лишь у больных с начальными стадиями заболевания. Примерно 45% пациентов госпитализируются с III стадией болезни, что делает проблему их лечения актуальной. Далеко не все результаты хирургического лечения оказываются удовлетворительными и за последние два декады не имеют явной тенденции к видимому улучшению. Основываясь на данных ведущих пульмонологических клиник мира, улучшения результатов лечения РЛ можно достичь при использовании комбинированной терапии, с выбором наилучшего сочетания трех методов лечения: хирургического, лучевого и химиотерапевтического.

Основанием для разработки комбинированных методов лечения местно-распространенных форм НМРЛ является низкая выживаемость больных. С целью повышения радикализма и улучшения результатов оперативного лечения, по поводу НМРЛ, в настоящее время, одним из перспективных подходов является применение неоадьювантной химиотерапии с новыми цитостатиками. Весьма эффективным оказалось использование таких препаратов, как гемцитабин и паклитаксел, а их воздействие малотоксичным, что послужило основанием использования их в различных комбинациях с другими препаратами по поводу НМРЛ.

О безусловной актуальности вопроса комбинированного лечения НМРЛ говорят многообразие мнений, подходов и вариантов. Представляются актуальными дальнейшие исследования по оптимизации методов комбинированного лечения рака легкого, и исследования морфофункциональных изменений в зоне локорегионарного воздействия, а также изучение влияния проводимого лечения на качество жизни больных.

Булгакова Н.В., Колоний Т.И. *, Гурина И.В. *, Андриевская Т.А. *, Данилова К.А.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ
МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ
ПЕРИТОНИТАМИ

Харьковский Национальный медицинский университет,
Кафедра детской хирургии и детской анестезиологии
*** КУОЗ ОДКБ №1 г. Харьков**

Научный руководитель - д. мед.н., профессор Н.М.Межирова

Цель исследования – изучить состояние мезентериального кровотока у больных с острыми гнойными перитонитами в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В отделении анестезиологии и интенсивной терапии ОДКБ №1 г. Харькова под нашим наблюдением находилось 38 больных в возрасте от 5 до 15 лет (17 девочек, 21 мальчик), поступивших в отделение после оперативного вмешательства по поводу деструктивных форм аппендицита. Контрольную группу составили 18 здоровых детей. Всем больным проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости с доплерометрией мезентериального кровотока. Допплерометрия мезентериального кровотока включала оценку Vmax, Vmin, RI в верхней брыжеечной артерии, максимальных скоростей и характера кровотока в верхней брыжеечной вене, воротной вене и центральной печеночной вене. Исследование проводили на 2-3 сутки после операции аппаратом LOGIQ BOOK-XP, с использованием конвексного датчика 3,5-5,0 МГц, микроконвексного датчика 4-8 МГц в режиме реального времени с использованием дозированной компрессии датчиком на брюшную стенку.

Результаты исследования. Анализ проведенных исследований свидетельствует о высокой информативности индекса резистентности в верхней брыжеечной артерии, что патогенетически отражает блокаду микроциркуляторного русла и, как следствие, развитие пареза кишечника, а интенсификация венозного кровотока в верхней брыжеечной вене способствует разрешению явлений пареза кишечника. Низкая максимальная скорость в верхней брыжеечной вене является прогностически неблагоприятным фактором в длительности пареза кишечника.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о наличии нарушений мезентериального кровотока в послеоперационном периоде у больных с острыми гнойными перитонитами, требующих специальной коррекции.

Вьюн С.В., Зуб Т.И.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. ЗАЙЦЕВА НАМНУ»
Научный руководитель: проф. Макаров В.В.

Закрытая травма живота представляет один из наиболее сложных в диагностическом аспекте разделов ургентной хирургии. Сохраняющаяся высокая

летальность, значительное число диагностических ошибок и поздно выявленных осложнений характеризуют состояние проблемы в целом. Важным аспектом является своевременная диагностика посттравматических гематом и абсцессов печени. Наличие подкапсульных гематом печени может быть причиной двухмоментных разрывов, что является жизнеугрожающей ситуацией. Развитие гнойных осложнений – посттравматических абсцессов печени, удлиняет период лечения пациентов с данной патологией. Поэтому своевременная диагностика данных осложнений является актуальной. Наиболее доступным методом инструментальной диагностики указанных состояний является ультразвуковая диагностика.

Целью исследования явилось изучение ультразвуковых критериев гематом и острых абсцессов печени у больных с закрытой травмой печени.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов с закрытой травмой живота и травматическим повреждением печени в сроки от 3 до 50 суток с момента травмы. У 10 пациентов диагностированы были гематомы печени, у 8 больных - абсцессы печени. Всем пациентам УЗИ выполнялось на УЗ аппарате Simens в стандартных точках исследования.

Результаты и обсуждения. Ультразвуковая картина гематомы обусловлена характером травмы, процессами организации сгустков или продолжающимся внутриполостным кровотечением. Изначально эхографически определяется отечный фрагмент печеночной паренхимы слегка повышенной эхогенности без четких границ с гипоехогенным, чаще бесконтурным участком внутри, что было отмечено во всех наших наблюдениях. У 3 пациентов в зоне повреждения визуализируется небольшой очаг нарушения структуры паренхимы с гипоехогенным. Накоплению крови в месте травмы соответствовало ан(гипо)эхогенное жидкостное образование без капсулы с перифокальным слабозэхогенным ободком печеночной паренхимы. Последующий процесс организации гематомы сопровождается нарастающей во времени неоднородностью ее содержимого за счет появления нитей фибрина и сгустков в виде перегородок и образований смешанной либо неравномерно повышенной эхогенности.

В процессе организации с уменьшением гематомы из ее содержимого исчезает жидкостной компонент. При ультразвуковом исследовании в месте травмы визуализируется объемное образование неравномерно повышенной эхогенности с элементами кальцификации, окруженное ободком уплотненной печеночной паренхимы по типу ложной капсулы, что было отмечено в 3 наблюдениях. В случае преобладания процессов лизиса на месте гематомы формируется жидкостное образование по типу серомы с признаками простой солитарной кисты, отмечалось у 2 больных. Продолжающееся кровотечение в полость гематомы из поврежденного, сосуда обуславливает эхо-графическую картину, соответствующую началу процессов организации (жидкое содержимое со сгустками и нитями фибрина) отмечалось в 2 наблюдениях. У 3 пациентов наблюдалась пульсирующая подкапсульная гематома печени. В В-режиме отмечалось изменение ее внутреннего рисунка в различные временные периоды, в цветовом доплеровском режиме — регистрируемая картина внутриполостного кровотечения. При динамическом наблюдении отмечалось увеличение размеров гематомы в результате продолжающегося кровотечения. У одного пациента отмечен прорыв содержимого гематомы печени в брюшную полость. Все пациенты с продолжающимся кровотечением в просвет гематомы и двухмоментным её разрывом были оперированы в ургентном порядке.

В зависимости от стадии формирования абсцессов печени выделяют 3 варианта их эхоскопической картины. 1-й вариант — стадия инфильтрации. Сопровождается

появлением в печени неоднородного нечетко обозначенного фрагмента паренхимы повышенной эхогенности с бесструктурным гипоэхогенным участком внутри. Наблюдался у 3 пациентов. 2-й вариант — стадия некроза. Характеризуется формированием в инфильтративной зоне гнойной полости без четких границ с гипополибо эхогенным, чаще неоднородным содержимым. В прилежащей к абсцессу ткани печени сохраняются признаки умеренно выраженного перифокального воспаления. Отмечался у 4 наблюдаемых. 3-й вариант — стадия хронизации процесса. Сопровождается появлением по контуру гнойной полости толстой плотной пиогенной капсулы. Ультразвуковая картина хронического абсцесса печени представлена очаговым образованием с четкими контурами, гипоэхогенным центром и толстой эхогенной с признаками кровотока стенкой. Указанный вариант эхокартины был отмечен у одного больного.

Выводы: Ультразвуковая диагностика посттравматических гематом и абсцессов печени является высокоточным методом инструментальных исследований у данной категории больных, позволяющей определить стадию процесса и определить показания к выбору лечебной тактики.

Галинский Е.А., Хабаль А.В.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра онкологии

Научный руководитель – доцент Белый А.Н.

В основу работы положены наблюдения над 216 больными с опухолями средостения (ОС). Целью работы была оптимизация диагностического этапа при ОС. Всем больным с подозрением на ОС проводили многопроекционную рентгеноскопию, рентгенографию в прямой и соответствующей стороне поражения боковой проекции. Если опухоль располагалась в передне-верхнем средостении, уходила за аперттуру вверх на шею, проводили пункцию опухоли под контролем ультразвукового исследования, сканирование с Йод 131 (I^{131}). Если контуры опухоли были нечеткие или не было загрудинных очагов накопления I^{131} при положительных функциональных пробах, то проводилась магнитно – резонансная томография (МРТ). Если опухоль не уходила вверх за аперттуру мы проводили рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) и пункцию по данным РКТ (по предложенной нами методике). При трансторакальной аспирационной биопсии в случае отрицательного ответа при 3 пункциях дальнейшее исследование нецелесообразно. Показано выполнение медиастиномии или торакотомии. Трансторакальная аспирационная биопсия под контролем РКТ при ОС обеспечивала высокую прецизионность и позволяла получить морфологическую верификацию в 91,7% случаев против 75,9% при пункции под контролем рентгеноскопии. При локализации опухоли в среднем средостении уточняющим методом также являлась РКТ с трансторакальной пункцией опухоли по данным РКТ до 3 раз. При локализации опухоли в заднем средостении применяли МРТ с последующей операцией. При подозрении на инвазию опухоли в окружающие структуры по данным РКТ во всех случаях проводили МРТ. В случае лимфом более специфичной при контроле эффективности лечения оказалась МРТ.

Разработанный алгоритм диагностики ОС позволил наиболее рационально использовать комплекс современных методов исследования, что повысило эффективность диагностики, сократило сроки обследования больных, снизило материальные затраты более, чем на 30%.

Гончарова Н.М., Дроздова А.Г., Гончаров А.С.
ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ
Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії № 2
Науковий керівник: д. мед. н., професор Криворучко І.А.

Псевдокісти (ПК) підшлункової залози (ПЗ) є найбільш поширеною патологією органу, виникають внаслідок гострого або хронічного панкреатиту, а також травми ПЗ. У процесі формування ПК часто розвиваються такі ускладнення, як нагноєння, перфорація, кровотеча, зовнішні нориці, стиснення навколишніх органів.

Проаналізовано результати лікування 390 хворих з ускладненими ПК, з них чоловіків було 265 (68 %), жінок – 125 (32%), віком від 21 до 79 років, у середньому $43,3 \pm 1,2$ роки. У комплексному дослідженні хворих використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи, при цьому алгоритм обстеження залежав від конкретної клінічної ситуації. Інфікування ПК виявлено у 228 (58,5%) пацієнтів, кровотеча у порожнину ПК – 56 (14,4%), перфорація – 23 (5,9 %), утворення цистоплевральної нориці – 9 (2,3%), стиснення навколишніх органів – 74 (18,9%). При інфікуванні ПК пункції під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) виконані у 79 (34,6%) хворих, дренування під контролем УЗД – у 28 (12,3%), лапароскопія та зовнішнє дренування ПК - у 9 (4%), лапаротомія та зовнішнє дренування ПК – у 112 (49,1 %). При кровотечі у порожнину ПК у 18 (32,1%) пацієнтів виконано селективну або суперселективну оклюзію судини під контролем ангіографії. У 38 (66,9%) хворих виконано лапаротомію: 1) з наступним прошиванням та лігуванням судин та зовнішнім чи зовнішньо – внутрішнім дренуванням ПК у 23 (41,6%), 2) або резекцією ПЗ разом із ускладненою ПК: панкреатодуоденальну резекцію (ПДР) – у 9 (16,6%), у тому числі у 1 – з пластиною загальної печінкової артерії, дистальну резекцію ПЗ – у 5 (8,3%). При перфорації ПК 1 хворому виконано пункційне дренування черевної порожнини, 1- лапароскопію, санацію та дренування черевної порожнини. При стисненні ПК суміжних органів у 5 (6,7%) хворих застосовували пункцію ПК із подальшим біохімічним, мікробіологічним та цитологічним дослідженням пунктату. При несформованих ПК виконували їх дренування під контролем УЗД у 9 (12,2%) хворих. При розташуванні ПК на задній поверхні ПЗ та її щільному приляганні до задньої стінки шлунка, незалежно від ступеня зрілості ПК у 37 (50%) хворих виконано ендоскопічну цистогастростомію. При сформованій стінці ПК виконували лапароскопічну цистоеюностомію (ЦЄС) у 14 (18,9%) хворих, та лапаротомію з ЦЄС у 9 (12,2%) хворих. Після ендоскопічної та лапароскопічної ЦЄС ускладнень та рецидивів ПК не виникло. Тривалість пункційного лікування інфікованих ПК складала від 5 до 12 діб, у середньому $7,6 \pm 3,3$ діб. Тривалість дренування від 10 до 25 діб, у середньому $17,8 \pm 5,3$ діб. У 1 пацієнта зовнішнє дренування під контролем УЗД було неефективним, виконано лапаротомію у зв'язку з недіагностованими секвестрами. У 30,7% хворих після лапаротомії, зовнішнього дренування інфікованих ПК ПЗ утворилися зовнішні панкреатичні нориці, які у 25 % закрилися самостійно, у інших – виконано оперативне втручання з внутрішнім дренуванням нориці. Після ПДР помер 1 хворий на тлі кровотечі до порожнини ПК та вірсунггоррагії. Загальна летальність при ускладнених ПК ПЗ склала 1,2%.

Хворі з ускладненими псевдокістами ПЗ потребують індивідуалізованого лікувально - діагностичного підходу, який, у першу чергу, передбачає ліквідацію ускладнення з подальшим лікуванням самої псевдокісти у віддаленому періоді. У лікуванні ускладнених псевдокіст ПЗ переважно слід використовувати мініінвазивні методи та лише при неможливості їх використання або незадовільних результатах показано виконання відкритого оперативного втручання.

Григорук В.В.
ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З СУМІЖНИМИ ТА
КОНТРАЛАТЕРАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАЖКОСТІ ОТРИМАНОЇ ТРАВМИ ЗА ISS
Харківський національний медичний університет, кафедра екстреної та
невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології
Науковий керівник: проф., д.мед.н. Березка М.І.

Згідно з патентом України № 57016 тактика ведення пацієнтів визначалася в залежності від балів за шкалою очікування летальних наслідків за ISS.

При оцінці за шкалою ISS більше ніж 46 балів застосовували систему «Damage control», що складалася з трьох етапів. До 12 годин з моменту отримання травми виконували в умовах операційної або палати інтенсивної терапії лапароцентез та пункцію обох плевральних порожнин, якщо це не було виконано на попередньому етапі. При виявленні гемоторакса дренивали плевральні порожнини за Бюлау, гемоперитоніуму – лапаротомію. Osteosинтез переломів здійснювали апаратами зовнішньої фіксації в режимі дистракції. Для переломів обох стегнових кісток починали виконувати остеосинтез з найбільш проксимального перелому, для обох гомілок з дистального сегменту, для суміжних переломів – з дистального перелому на підставі проведеного біомеханічного дослідження. З 12 годин по 7 добу – застосовували комплекс заходів інтенсивної терапії, спрямований на стабілізацію стану постраждалих, з 8-ої доби – виконували остаточну фіксацію переломів в разі потреби.

У постраждалих з балом за шкалою ISS від 26 по 45 лікування всіх пошкоджень виконували протягом першої доби одночасно з проведенням протишокових заходів або після виведення вітальних функцій на рівень достатній для проведення оперативних втручань. У постраждалих з балом по ISS < 25 балів – виконували остаточний остеосинтез в повному обсязі.

Гужва Н.Ю., Мальченко Д.В., Махмудов А.Г., Свирепю П.В.
АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2
Научный руководитель - проф. Криворучко И.А.

Цель исследования: оценить результаты применения торакоскопии (ТС) в диагностике и лечении спонтанного пневмоторакса (СП).

Материалы и методы. В 2010-2013 гг. на лечении находилось 25 пациентов с диагнозом СП. Методами диагностики изменений в паренхиме легких и СП были рентгенография в 2-х проекциях, спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки. ТС выполняли с использованием эндовидеохирургического комплекса «Азимут» (Россия). Проводилось дренирование плевральной полости по Бюлау. Из них 20(80%) спустя 48 часов с момента госпитализации в связи с продолжением поступления воздуха по дренажу, буллезно-дистрофических изменений легочной ткани были прооперированы ТС. Все изменения при ТС трактовали в соответствии с классификацией R.Vanderschueren и C.Boutin: I тип - отсутствие визуальной патологии, II тип - наличие плевральных сращений и шварт, III тип – субплевральные буллы диаметром 2 см, IV тип- буллы, более 2 см в диаметре. ТС проводили с использованием эндотрахеального севофлюранового наркоза.

Результаты и обсуждение. Изменения I типа не были выявлены ни у одного из больных, II типа - выявлены у 8(40%) больных, которым проводился адгезиолизис с

плевродезом(ПД) путем диатермокоагуляции(ДТК), III типа – у 8 (40%) больных, у которых буллы ликвидированы путем электрокоагуляции биполярным электродом. IV тип изменений выявлен у 4(20%) больных, которым выполнена атипичная резекция верхушек легких. Средняя продолжительность ТС 45,5±3,5 минут. Дренажи удалялись после прекращения экссудации в течении первых суток послеоперационного периода. У 15(75%) больных легкое расправилось через 3-6, у 5(25%) - через 6-12 часов. В раннем послеоперационном и отдаленном периодах рецидивов СП не наблюдали. Выводы.1.СКТ является достоверным методом диагностики буллезной эмфиземы легких, как фактора возникновения СП.2.ТС позволяет определить причину СП и радикально устранить его источник в 100% случаев.3.Применение ПД путем ДТК является надежным способом профилактики рецидива СП.

Дьяченко Г.Д.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1
Научный руководитель - Шевченко А.Н.**

Более чем за вековую историю изучения острого аппендицита, казалось бы, постановка правильного диагноза самого распространенного хирургического заболевания органов брюшной полости не должна вызывать трудностей. Однако, проведенный нами ретроспективный анализ 47 историй болезни пациенток, в очередной раз доказывает сложность проведения дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и острыми заболеваниями гениталий у женщин.

Целью исследования явилось изучение причин дифференциально-диагностических ошибок у женщин с острыми заболеваниями внутренних половых органов, госпитализированных с диагнозом острый аппендицит

Материалы и методы. В период с 2011 по 2013 гг. в клинику поступило 602 пациентки с диагнозом острый аппендицит, были отобраны 47(7,8%) историй болезни пациенток диагноз которых, после проведенных обследований, не подтвердился. Возраст больных был от 18 до 37 лет. 12 пациенток имели отягощенный гинекологический анамнез. У 29 пациенток верифицировать диагноз удалось с помощью клинко-инструментальных исследований, у остальных 18 больных диагноз был поставлен непосредственно во время операции. У 14 больных установлено-воспаление придатков матки, у 13 больных-прервавшаяся внематочная беременность, у 7-аппоплексия яичника, еще у 7-разрыв кисты яичника, у 1-перекрут ножки субсерозного миоматозного узла, 5 больных было с сочетанной патологией.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного анализа стало известно что 9 из 47 пациенток были оперированы в срочном порядке, хирург ошибочно исключил гинекологическую патологию, из них 4 больным до операции было проведено УЗИ ОБП (органов брюшной полости) и консультация гинеколога. 38 пациентов были оставлены под наблюдение врача и для дальнейшего обследования. По результатам УЗИ ОБП и клинко-лабораторных данных у 21 женщины была выявлена острая патология гениталий, 8 больным была произведена видеолапароскопия и был обнаружен патологический процесс в области внутренних половых органов. 4 больным, по различным причинам (раздутые кишечные петли, спаечный процесс брюшины и т.д.) полное обследование выполнить не удалось, а у 5 больных после полного обследования гинекологическая патология была исключена, после чего с диагнозом острый

аппендицит, осложненный перитонитом 9 больных было прооперировано, и у всех обнаружен воспалительный процесс придатков матки, пельвиоперитонит.

Выводы: проведенное дополнительное, клинично-инструментальное обследование 38 женщин, в большинстве случаев, позволило исключить острый аппендицит и правильно определить тактику лечения. Причины диагностических ошибок, в первую очередь, связаны с недостаточно полным клинично-инструментальным обследованием, недостоверными результатами лабораторных и инструментальных исследований, а также с недостаточным уровнем знаний врачей-хирургов о гинекологической патологии, особенно той, которая может протекать атипично. Для уменьшения количества дифференциально-диагностических ошибок острого аппендицита и острых заболеваний внутренних половых органов, необходимо чтобы каждая женщина, с подозрением на острую абдоминальную хирургическую патологию, была проконсультирована гинекологом, и в случае подозрения на заболевание гениталий ей было проведено комплексное гинекологическое обследование.

**Євтушенко Д.О., Мінухін Д.В., Ярмач Є.І., Чікін А.В., Біленко І.О.
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ
НЕПРОХОДНОСТІ СПАЙКОВОГО ГЕНЕЗУ**

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії № 1

Спайкова хвороба це складна, до кінця не розв'язана проблема абдомінальної хірургії. Хірурги зайняті пошуком шляхів профілактики спайкової хвороби, ці дослідження тривають більше 100 років. Перші відомості про спайкову хворобу, її ускладнення були в кінці 19-го століття. У 1872г. Томас Браянт описав випадок гострої кишкової непрохідності, що розвинулась на фоні спайкового процесу після видалення пухлини яєчника.

Внутрішньочеревні спайки поділяються на вроджені і набуті. Вроджені спайки пов'язані з вадами розвитку очеревини, часто клінічно не проявляються. Прикладами вроджених спайок є зв'язка Лена, яка йде від нетлі клубової кишки до її брижі, і джексоновські мембрани між правою половиною клубової кишки і парієтальної очеревиною передньої черевної стінки. Внутрішньочеревні спайки утворюються в результаті більшості абдомінальних операцій, за даними деяких авторів до 93-100% випадків. У більшості випадків ці спайки не турбують пацієнтів, але у значного числа хворих вони призводять до патологічного стану, під назвою спайкова хвороба. Воно проявляється, в більшості, гострою кишковою непрохідністю, тазовими і абдомінальними хронічними болями, безпліддям.

Спайкова хвороба має соціально-економічне значення. Спайки є причиною 2% всіх хірургічних надходжень і 3% всіх лапаротомій в загальній абдомінальній хірургії.

Клінічно значними основними наслідками спайкової хвороби є кишкова непрохідність, хронічний біль черевної порожнини і тазу, безпліддя. Окрім цього, спайковий процес збільшує тривалість кожного наступного оперативного втручання, особливо ускладнює хід релапаротомій, збільшує ризик ушкодження кишок. За даними різних авторів, безпліддя зустрічається при спайковій хворобі від 15-20% до 37-40% випадків, при тому в 15% випадків це результат обтурації маткової труби спайками. Діагноз тонкокишкової спайкової непрохідності традиційно ґрунтується на анамнезі захворювання, даних об'єктивного та рентгенологічного досліджень. При частковій кишковій непрохідності консервативне лікування ефективне в 80% випадків, а при повній непрохідності - 10-15% випадків. У Великобританії з приводу спайкової хвороби 12-14 тис. хворих щороку лікуються під наглядом загальних хірургів.

Вирішення проблеми багато дослідників зв'язують з ефективною профілактикою. Остання в основному залежить від розпізнавання етіопатогенезу, досліджень усіх ланок спайкоутворення. У механізмі утворення спайок першою ланкою є ушкодження очеревини, яке й запускає увесь каскад патогенетичних механізмів. До ушкодження очеревини призводять її механічне, термічне, хімічне, радіоактивне ушкодження, запалення очеревини, кровотеча в черевну порожнину, алергічні реакції, її ішемія. Більшість з них етіологічних чинників діє на очеревину під час операцій. Доведено, що спайкова хвороба частіше розвивається при пошкодженні очеревини нижнього поверху черевної порожнини, що частіше є наслідком гострого деструктивного апендициту, гінекологічних операцій. У загальній кількості випадків невелика частота кишкової непрохідності, пошкоджень черевної порожнини, перфорації порожнистих органів, релапаратомії, проте при останніх часто розвивається спайкова хвороба.

Важливе практичне значення вищезгаданих досліджень - це обтрушування методів профілактики і лікування спайок. У клінічній і експериментальній хірургії в цьому напрямі проводяться цільові роботи ще з 1930-их років, запропоновані різні види профілактичних засобів, проте небагато з них дійшли до клінічного застосування, хоча більшість з них мали добрі клінічні результати. Актуальним та невирішеним залишається питання як спайкової хвороби очеревини, так й її грізного ускладнення - гострої кишкової непрохідності, що потребує подальшого глибинного дослідження етіології, патогенезу та розробки ефективних методів лікування та профілактики ускладненого перебігу спайкової хвороби очеревини.

Евтушенко Д.А.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1

Введение. Количество больных острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) составляет 3,5% общего числа хирургических больных в стационаре. За последние 20 лет частота возникновения ОСКН увеличилось в 1,9 раза.

По данным литературы, у 55-70% пациентов, после абдоминального хирургического вмешательства развивается спаечный процесс в брюшной полости, способен привести к такому грозному осложнению, как острая спаечная кишечная непроходимость. Рецидивы ОСКН после адгезиолизиса составляет 20,3 - 71,0% больных. Послеоперационная летальность у больных ГСКН колеблется в пределах от 13 до 60%. До нашего времени нет решения вопроса об этиопатогенезе образования спаек, отсутствуют эффективные средства профилактики возникновения спаек, в связи, с чем отсутствуют стандартные подходы к лечению ОСКН.

Цель и задачи. Изучить результаты лечения больных ОСКН в отдаленном периоде в зависимости от объема висцеролиза.

Материалы и методы. Прооперировано 92 больных ОСКН, среди них 58 мужчин и 34 женщины. Впервые госпитализированы в связи с ОСКН 22,1% больных, во второй раз - 23,8%, 51,9% - больные, госпитализированы более двух раз. У 38 (41,3 %) больных в анамнезе более 1 лапаротомии. Оценку прогноза развития спаечного процесса, проводили на основании определения концентрации оксипролина в моче. Материалом для исследования служила суточная моча пациентов. Особенности системного метаболизма матрикса соединительной ткани определяли по содержанию общего оксипролина мочи колориметрическим методом по Н.В. Stegemann.

Результаты исследований и их обсуждение. Оперативное лечение выполнялось в случаях неэффективности консервативной терапии. Изучены результаты следующих видов оперативного лечения ОСКН: тотальный висцеролиз выполнено 52 (56,5%) больным, частичный висцеролиз - 29 (31,6%) больным, 11 (11,9%) больным дополнительно наложен обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз в связи с невозможностью разъединения спаечного конгломерата. При выявлении в брюшной полости выраженного спаечного процесса и конгломерата из воспаленных и инфильтрированных кишечных петель локализованных на уровне средних отделов тонкой кишки тотальный висцеролиз было выполнить невозможно. Поэтому после локального висцеролиза тонкой кишки на протяжении 1 м от связки Трейца мобилизовали участок тонкой кишки выше инфильтрата на 15см. Выделяли на поперечноободочной кишке участок 4см и накладывали еюнотрансверзоанастомоз бок в бок на уровне *tenia libera* с использованием линейного сшивающего аппарата, таким образом, чтобы тонкая кишка располагалась вдоль оси поперечноободочной кишки. Тонкую кишку до анастомоза интубировали трансназальным зондом. После интубации кишки зону анастомоза дополнительно укрывают пластиной Тахокомба узловыми викриловыми швами с целью изоляции ее от брюшины (Пат.Украины № 76766). У 54 больных с I и II ст. распространенности спаечных сращений выполняли тотальный висцеролиз. Локальный висцеролиз применялся при III и IV ст. распространенности спаечных сращений, 13 больным дополнительно наложен обходной спаечные конгломераты межкишечный анастомоз в связи с невозможностью разъединения спаечного конгломерата. Отдаленный послеоперационный период осложнился ОСКН у 9 (9,8%) больных. При исследовании экскреции оксипролина в моче – основного маркера, который отображает катаболизм коллагена – выявлено повышение значения концентрации этого показателя до $40,4 \pm 3,23$ мг/сутки. В основной группе больных на фоне использования разработанного метода локального висцеролиза концентрация оксипролина в суточной моче также была повышенной и соответствовала $15,3 \pm 1,22$ мг/сутки при контрольной величине $8,2 \pm 0,57$ мг/сутки, что указывает на меньшую интенсивность катаболизма коллагена.

Выводы. Таким образом, после urgentных оперативных вмешательств в связи с ОСКН у 19,6% больных наблюдался рецидив ОСКН. Улучшение результатов лечения больных спаечной болезнью брюшины заключается с одной стороны в уменьшении травматичности оперативного вмешательства, при необходимости наложение обходного спаечные конгломераты межкишечного анастомоза, с целью профилактики спайкообразования использование барьерных средств после наложения межкишечных анастомозов, что подтверждается меньшей интенсивностью катаболизма коллагена, что подтверждает повышение концентрации оксипролина в суточной моче также до $15,3 \pm 1,22$ мг/сутки.

Калашник Ю.М., Чигирик А.А.
ТОНЗИЛОГЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра оториноларингологии
Научный руководитель: д.м.н., проф. Журавлев А.С.

Среди многочисленных острых воспалительных процессов органов и структур шеи особое внимание привлекают флегмоны шеи, которые представляют значительную опасность для жизни больного. Это обусловлено анатомическими

особенностями данной области, возможностью быстрого распространения процесса по межфасциальным пространствам и генерализации инфекции. Флегмоны шеи встречаются в 10-12% среди всех гнойно-воспалительных оториноларингологических заболеваний. Среди них отмечается высокий удельный вес тонзиллогенных флегмон, которые развиваются вследствие осложнений у больных с острым тонзиллитом, паратонзиллитом и паратонзиллярным абсцессом. Своевременная диагностика данных осложнений бывает затруднена особенностями клинической картины. Ее симптомы могут быть приняты за проявление основного заболевания, а при глубоком расположении флегмон ее течение может протекать без характерных симптомов.

Цель данной работы - проанализировать особенности течения тонзиллогенных флегмон шеи.

С 2008 по 2013 год в клинике ЛОР – болезней ХНМУ и ОКБ находилось 96 больных с флегмонами шеи, из них у 72 лиц (75%) выявлен тонзиллогенный характер заболевания. 54 пациента связывали начало заболевания с перенесенной ангиной, у 14 из них ангина осложнялась паратонзиллярным абсцессом. 29 пациентов отмечали рецидивирующее течение ангин, из них паратонзиллярные абсцессы в анамнезе - у 2 человек. Время от начала заболевания до госпитализации варьировало от 2 до 9 суток. 61 пациент госпитализирован через 2-4 суток от начала заболевания, 26 пациентов - через 5-7 суток, 9 пациентов – через 8-10 суток. У 2 пациентов, госпитализированных на 5-6 сутки от начала заболевания, был обнаружен верхне-шейный гнойный медиастинит. При постановке диагноза учитывались жалобы больных (симптомы общей интоксикации, асимметрия и отечность шеи, боль при глотании, движениях головой, пальпации). Всем больным проводилось рентгенологическое исследование: рентгенография шеи в боковой проекции, обзорный снимок грудной клетки и средостения. Чаще всего воспалительный процесс локализовался в парафарингеальном пространстве 35 (36,5%), поражение ретрофарингеального пространства обнаружено у 8 (8,3%), претрахального пространства у 10 (10,4%), сонного треугольника у 10 (10,4%) пациентов. У 33 пациентов (34,4%) флегмона распространилась на две и более анатомические области. Всем пациентам в день поступления проводились вскрытие и санация гнойных очагов. Больным с паратонзиллярным абсцессом дополнительно проводилась абсцесстонзиллэктомия. Пациентам с явлениями верхне-шейного медиастинита выполняли шейную медиастинотомию по Разумовскому. После оперативного вмешательства проводилась массивная дезинтоксикационная терапия и антибактериальная терапия двумя препаратами. После проводимого лечения выздоровление отмечено у 95 человек (99%), летальный исход наступил у 1 человека (1%).

Таким образом, в течении тонзиллогенных флегмон шеи преобладают обширные гнойно-воспалительные процессы с тенденцией к распространению на средостение. Пациенты с хроническим тонзиллитом требуют госпитализации и тщательного наблюдения врача для предотвращения развития флегмон. Пациенты с уже развившимися флегмонами нуждаются в как можно ранней госпитализации и проведении хирургического лечения с последующей антибиотикотерапией.

Кіпа О.А.

БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ФІКСУЮЧОГО ПРИСТРОЮ ДІАФІЗАРНОГО ПЕРЕЛОМУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ПОСТРАЖДАЛОГО З ГОСТРОЮ ТОРАКАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Харківський національний медичний університет, кафедра екстреної та невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Литовченко В.О.

Поєднання діафізарних переломів плечової кістки з гострою торакальною травмою потребує вирішення низки питань щодо тактики ведення таких пацієнтів взагалі та вибору оптимального фіксатора. Ми розглянемо лише біомеханічні аспекти за допомогою методу кінцевих елементів і дослідження напружено-деформованого стану системи «імплантат-кістка» з застосуванням розрахункової програми BioCad та програми візуалізації розрахунків Looker.

При дії осевого навантаження напруження в інтрамедулярному стержні та кістці розподіляється рівномірно та дорівнює 1,05 МПа, переміщення складає 0,4 мм, при накістковому – все навантаження бере на себе пластина та гвинти, при чому навантаження більше на проксимальних гвинтах та складає від 0,98 до 2,29 МПа, величина зміщення 1,6 мм., апарата зовнішньої фіксації напруження виникає в крайніх стержнях й становить 44,8 МПа зміщення 0,8.

Обраний фіксатор повинен відповідати умовам найбільшої стабілізації відламків.

Такими фіксаторами є інтрамедулярний стержень з блокуванням та апарат на спицевій основі, проте якщо враховувати якість життя та наявність блокованого фіксатора, можливості лікарні та досвід лікаря потрібно схилитися саме до цього фіксатора.

Книгавко А.В., Казиев С.Г

ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МУЖСКУЮ ФЕРТИЛЬНОСТЬ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра урологии, нефрологии и андрологии**

Инфекции, передающиеся половым путем, являются одним из наиболее частых факторов мужского бесплодия, опережая варикоцеле и аномалии развития. Такие инфекции как трихомонада, хламидия, микоплазма требуют обязательного лечения на этапе планирования семьи, поскольку влияют как на сперматогенез, так и на вынашивание беременности. В отношении таких инфекций как гарднерелла и уреоплазма еще нет четких гайдлайнов.

Целью нашего исследования было изучить влияние уреоплазмы уреалитикум и гарднереллы на мужскую фертильность и ее динамику при излечении данных инфекций.

За 2008-2013 гг. на базе Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала проведено комплексное обследование 1458 мужчин обратившихся по поводу мужского бесплодия. В группу исследования вошли 211 пациентов с олигоастенозооспермией различной степени, у которых были выявлены уреоплазма и гарднерелла. Других факторов (варикоцеле, грыжи, аномалии развития, химические загрязнители, другие инфекции), которые могли повлиять на фертильность, у них не было обнаружено. Указанные 211 пациентов были разделены на 2 группы в зависимости от наличия воспалительного процесса. Всем пациентам для стимуляции назначался витамин Е 400 мг/сутки. В первую группу вошли 123

пациента с присутствием воспалительных изменений: больше 1 млн. лейкоцитов в мл эякулята, более 15 лейкоцитов в поле зрения в секрете простаты, наличие болевого синдрома в простате, яичках. Им всем была проведена антибактериальная терапия согласно чувствительности возбудителей и противовоспалительная терапия. Вторую группу 84 человека составили пациенты с олигоастенозооспермией без воспалительных изменений. Они были разделены на 2 подгруппы: в группе 2А (52 человека) была также проведена антибактериальная терапия, в группе 2В только витамин Е (32 человека).

Результаты: В первой группе через 3, 6 и 10 недель отмечено повышение показателя Фарриса в среднем на 23,4±5,6%, 45,7±4,8% и 78,3±8,7% соответственно. На данный момент в группе зарегистрировано 41 спонтанная беременность (33%). Во 2А группе через 3,6 и 10 недель после лечения показатели Фарриса улучшились в среднем на 8,3±5,2%, 13,6±6,3 и 14,2±7,2%, что способствовало появлению и регистрации 6 беременностей 11,5%. В группе 2В улучшение показателей Фарриса составило 6,3±3,4%, 8,4±5,6%, 9,8±5,9% соответственно, у супругов пациентов данной группы зарегистрировано 3 беременности (9,4%). При наличии воспалительного процесса в половых органах лечение уреоплазмы и гарднереллы достоверно улучшает показатели фертильности и способствует существенному увеличению спонтанных беременностей. При отсутствии воспалительного процесса лечение уреоплазмы и гарднереллы малодействительно повышает уровень фертильности по сравнению с простым назначением витамина Е.

Лазирский В.А., Полтавец Ю.В.

КОМБИНИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1

При тенденции снижения заболеваемости раком желудка до 60-80% больных поступает на лечение с запущенными формами заболевания при наличии тяжелых осложнений и инвазии опухоли желудка в соседние органы.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с осложненным местно-распространенным раком желудка.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов лечения 418 больных с местно-распространенным раком желудка, находившихся на лечении в ГУ Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины с 1998г. по 2013г., в возрасте от 29 до 86 лет. Средний возраст 62,9±7,0 лет. Мужчин-261 (62,4%), женщин-157 (37,5%). Поражение кардиального отдела желудка отмечено у 41 (11,4%) больных, тела желудка-у 158 (41,1%), выходного отдела-112 (29,0%), субтотальное поражение желудка-48 (11,2%), тотальное 29 (7,3%) больных. У всех больных отмечено прорастание опухоли в соседние органы: поджелудочную железу-89 (21,3%), толстую кишку и ее брыжейку-83 (19,8%), печень-51 (12,2%), пищевод-43 (10,2%), желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки-17 (4,0%), воротную вену-8 (1,9%), селезенку-21 (5,0%), диафрагму-18 (4,3%), двенадцатиперстную кишку-12 (2,8%), в несколько органов-76 (18,2%). В работе анализируются результаты оперативного лечения больных с инвазией опухоли в толстую поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку.

Результаты. Радикальные операции выполнены у 83 больных анализируемой группы. В 13 (15,6%) случаях операции проводились в ургентном порядке с наличием

острой кишечной непроходимости, при этом выполнены обструктивные резекции толстой кишки с формированием колостомы. У 7 больных в сроки от 6 до 15 мес. осуществлен восстановительный этап. Гастрэктомия или резекция желудка в комбинации с резекцией мезоколон в бессосудистой зоне выполнена у 12 больных, в 5 случаях распространение опухоли на зону бифуркации средней толстокишечной артерии (СТА) потребовало резекции поперечно-ободочной кишки. Прорастание опухоли желудка в средней части СТА отмечено у 6 больных, при этом у половины (3 наблюдения) больных операция завершена без резекции толстой кишки. Еще в 6 случаях опухоль желудка распространялась на устье СТА, что в 2 случаях потребовало резекции верхней брыжеечной артерии с последующим ее протезированием. Интраабдоминальных осложнений не возникло ни в одном случае. Умер 1 больной вследствие острой сердечно-легочной недостаточности. У 12 больных при наличии запущенной толстокишечной непроходимости применялось двухэтапное лечение: на 1-ом этапе колостомия, на 2-ом этапе – комбинированная гастрэктомия. Послеоперационные осложнения возникли у 12 больных (14,5%), послеоперационная и общая летальность составили 6,0% и 9,6% (5 и 8 больных) соответственно. У 3 (3,6%) больных отмечена несостоятельность толстокишечного анастомоза, с летальным исходом в 2 (2,4%) случаях. Отдаленные результаты прослежены у 68 больных, медиана выживаемости составила 18,1 мес.

Выводы. Инвазия опухолей желудка в поперечно-ободочную кишку не является признаком нерезектабельности. Разработаны принципиальные подходы к решению данной проблемы: в дополнение к субтотальной резекции желудка или гастрэктомии можно рекомендовать резекцию мезоколон (при инвазии опухоли в бессосудистой зоне); резекцию средней части СТА (инвазия в средней части СТА) с и без резекции толстой кишки; резекцию верхней брыжеечной артерии с последующим ее протезированием (при инвазии опухоли в устье СТА). Опыт подобных комбинированных операций свидетельствует о их переносимости, неплохих ближайших и отдаленных результатах.

Лапшин Д.В.

ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

**Харківський національний медичний університет, кафедра екстреної та
невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології**

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Березка М.І.

В теперішній час не існує єдиної загальновизнаної класифікації пошкоджень при політравмі, єдиної шкали оцінки тяжкості і прогнозу. Шкали та методи оцінки тяжкості травми забезпечують: оцінку стану постраждалого на момент надходження до стаціонару і на етапах лікування, визначення тактики лікування; проведення медичного сортування постраждалих; можливість прогнозування перебігу травматичної хвороби та результату лікування; ідентифікацію травм для порівняльного аналізу результатів лікування постраждалих і зіставлення результатів наукових досліджень.

Критеріями, що використовуються при оцінці ступеню тяжкості травми, є прогностична і конструктивна обґрунтованість; ідентичність і єдність результатів, отриманих різними дослідниками; доступність інформації; простота у використанні.

В результаті проведеної нами порівняльної оцінки у шкали ISS виявлена найбільша ефективність при прогнозуванні результату в постраждалих із поєднаною

травмою. При цьому чутливість шкали склала 0,92, специфічність - 0,89, вірне прогнозування результату - 93%. На основі шкали ISS запропоновано наступну лікувальну тактику у постраждалих з множинними та поєднаними переломами кісток кінцівок: (1) у постраждалих з балом тяжкості <25 реалізується концепція „Early Total Care”; (2) у випадку множинної або поєднаної травми у постраждалих з нестабільним станом при балах тяжкості від 25 до 40 оптимальним є застосування концепції „хірургічної реанімації”; (3) у випадках політравми з тяжкістю >40 необхідно дотримуватися тактики „Damage Control Orthopedics”.

Левицкая А.Е.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1
Научный руководитель: к.мед.н. Лазирский В.А.

Острый гнойный холангит является грозным осложнением нарушения проходимости желчных протоков. Патогенетически это осложнение включает в себя механическую желтуху и септический процесс с прорывом в кровь энтеробактериального эндотоксина, с характерной септической реакцией. Госпитальная смертность при гнойном холангите составляет до 25%, при билиарном сепсисе до 80%. Сочетание механической желтухи с гнойным холангитом отмечается в 20-30% случаев при этом послеоперационная летальность составляет до 45%. По данным Э. И. Гальперина и соавт. (1989г.), В. В. Родионова и соавт. (1991г.) острый холангит наблюдается у 30,6-50,6 % больных с холедохолитиазом и в 81-95,7 % случаев при рубцовой стриктуре гепатикохоледоха. При опухолевых стриктурах холангит встречаются у 7,6-30 % больных. Как правило, возбудителями холангитов являются микроорганизмы кишечной микрофлоры, среди которых доминирующую роль играет *E. coli* (50-60%), с меньшей частотой встречаются *Klebsiella* spp. (8 - 20%), *Serratia* spp., *Proteus* spp., *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp. (2-%). Грамположительные микроорганизмы (*Streptococcus*, *Enterococcus*) выявляются в 2 - 30% случаев. Неспорообразующие анаэробы: *Bacteroides* spp., *Clostridium* spp., фузобактерии, пептококк высеваются до 20% случаев, *Pseudomonas* spp. в 2 - 4% случаев. При абсцедирующих формах холангита в составе возбудителей преобладают анаэробные микроорганизмы. Основу диагностики холангита составляют данные анамнеза и клиническая симптоматика заболевания, подробно описанная в конце XIX - середине XX веков Charcot J.M. (1877г.), Reynolds B.M. и Dargan E.L. (1959г.). Знание этих симптомов и симптомокомплексов (триада Шарко, пентада Рейнольда) в большинстве случаев позволяет правильно поставить диагноз и судить о тяжести заболевания. Диагностическое значение при механической желтухе и холангите придают маркёрам холестаза (прямой билирубин, щелочная фосфатаза, гамма - глутамилтранспептидаза) и цитолиза (АсАТ, АлАТ, непрямой билирубин), позволяющим оценить степень нарушения функции печени и выраженность холемической интоксикации. Также печёночная недостаточность вследствие желтухи и холангита приводит к снижению уровня альбумина. Повышается содержание холестерина и липопротеидов в сыворотке крови. При обследовании больных механической желтухой, осложнённой острым холангитом. Важную роль в диагностике острого холангита играют современные методы диагностики УЗИ, МРТ, КТ, ЭРХПГ, ЧХХГ, ИОХГ. Больные с острым холангитом должны проходить предоперационную подготовку, включающую в себя: инфузионно-детоксикационную

терапию и антибактериальную терапию в условиях отделения. Препаратами выбора для антибактериальной терапии являются цефалоспорины III поколения. Пациенты с билиарным сепсисом и тяжелым билиарным сепсисом должны госпитализироваться в отделение хирургической реанимации для предоперационной подготовки. Препаратами выбора для антибактериальной терапии билиарного сепсиса являются цефалоспорины III поколения, для тяжелого билиарного сепсиса цефалоспорины IV поколения или карбапенемы. Хирургическая тактика, прежде всего зависит от морфологического субстрата билиарной гипертензии, но основным направлением является немедленная декомпрессия желчных протоков. Характер оперативных вмешательств определяется в зависимости от этиологии обструкции желчных протоков. При оперативном вмешательстве предпочтение следует отдавать малоинвазивным методам лечения, а именно, ЭПСТ, ЧЧХС, так как использование данных технологий сопровождается низким количеством осложнений и меньшей летальностью. При сочетании острого холангита, билиарного сепсиса и тяжелого билиарного сепсиса с острым холециститом операцией выбора следует считать ЛСХЭ с дренированием желчных протоков по Холстеду и интраоперационной холангиографией. При одиночном конкременте и его диаметре до 1,5 см в послеоперационном периоде выполняется ЭПСТ с удалением конкремента. Если конкременты множественные или диаметр более 1,5 см, то выполняется конверсия, производится традиционная холедохолитотомия и холедохостомия по Керру. При стриктурах гепатикохоледоха и билиодигестивных анастомозов операцией выбора следует считать терминологический гепатикоеюноанастомоз на изолированной по Ру петле тощей кишки с транспеченочным дренированием по Groetz-Saypol-Kurian сменными перфорированными транспеченочными дренажами. На 7-е сутки послеоперационного периода целесообразна замена перфорированного дренажа на неперфорированный каркасный транспеченочный стент в целях профилактики холангита в послеоперационном периоде. Таким образом, можно сделать выводы что Гнойный холангит и его последствия остаются проблемным вопросом желчной хирургии, несмотря на достаточный уровень используемых диагностических и лечебных технологий. Данная патология имеет полиэтиологический характер, и требует индивидуальный подход к выбору оптимальной программы и диагностики лечения. До настоящего времени некоторые вопросы их патогенеза, диагностики, лечения и профилактики окончательно не решены и требуют дальнейшего изучения.

Лосева Е.Н., Гальева Е.К., Волкова В.И., Истомин Д.А.
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ
ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра травматологии и ортопедии
Научный руководитель проф. Голка Г.Г.

Актуальность проблемы: Переломы пяточной кости составляют 2 % от всех переломов костей скелета и 60 % от всех переломов предплюсны, Традиционные методы, применяемые при лечении тяжелых переломов, в 80% случаев оказываются неудачными и приводят к инвалидизации.

Цель исследования: улучшение исходов лечения и повышения качества жизни пациентов с отдаленными последствиями переломов пяточной кости.

Материалы и методы: Клинические наблюдения проводились на базе 1 и 2 травматологических отделений ХГКБСНМП в 2013г. В основу исследования положен

опыт обследования и лечения 23 больных с 16 отдаленными последствиями переломов пяточной кости. При лечении больных применялись клинический, рентгенологический методы исследования, плантоскопия, СКТ. Все полученные данные подвергнуты статистической обработке на ПК. Достоверность различий определялась по критерию Вилкоксона.

Результаты исследования: Определён диагностический алгоритм, позволяющий определить последствия переломов пяточной кости, тактику лечения больных с отдаленными последствиями переломов пяточной кости в зависимости от типа. Определены показания, противопоказания к предложенным методам оперативного и консервативного лечения больных с отдаленными последствиями переломов пяточной кости.

Выводы: Хорошее функциональное состояние стоп выявлено в 2,78% случаев у пациентов с отдаленными последствиями переломов пяточной кости в сроки от 6-7 месяцев до 3 лет. Проведенное лечение позволило добиться значительного улучшения функции поврежденных стоп у 27,78% пациентов.

Лоскутов А.В., Саид С.Г., Туренко И.А., Книгавко А.В.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИК

ХОКЦУН им. В.И. Шаповала,
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра урологии, нефрологии и андрологии

Проблема гидронефроза занимает одно из ведущих мест среди урологических заболеваний детского возраста. Однако, несмотря на появление современных методов диагностики, и по настоящий день остаются крайне дискуссионными вопросы выбора терапии данного заболевания. В условиях современной хирургии все более остро встает вопрос о снижении инвазивности различных оперативных вмешательств и накопленный мировой опыт позволяет пересмотреть существующие «золотые стандарты» терапии через призму эндоскопических вариантов лечения.

В 1949 г. Nesbit описал модификацию методики Kuster, которая заключалась в создании анастомоза овальной формы, что увеличивало его площадь и приводило к снижению частоты послеоперационных стриктур анастомоза. Тогда же, в 1949 г. , Anderson и Hynes предложили усовершенствованный метод данной пиелопластики, при котором выполнялось дистальное рассечение (spatulation) мочеточника и анастомоз с нижней частью лоханки, при этом выполнялась резекция ее избыточной части. Данный метод и по сей день остается «золотым стандартом» при выполнении пиелопластики.

В начале 70-х годов Takayasu и Takagi et al. впервые использовали фиброоптический уретеропиелоскоп, чтобы исследовать чашечно -лоханочную систему почки. Лишь в 1986 г. Inglis и Tolley выполнили первую в мире ретроградную эндопиелотомию. Основным преимуществом методики является отсутствие необходимости установки нефростомического дренажа, что уменьшает риск кровотечения, снижает травматичность процедуры. Также имеется возможность непосредственно наблюдать пиелоуретеральный сегмент и с большей точностью выполнять полнослойный разрез в определенном месте. Среди недостатков авторы отмечают периодические сложности при прохождении через мочеточник, затруднения при установке стента, при этом имеется риск проведения стента в забрюшинное пространство, обрекающий манипуляцию на неудачу, а также развитие стриктуры уретеровезикального соустья, связанного, очевидно, с длительностью нахождения уретероскопа в мочеточнике и развитием вторичных ишемических

повреждений сегмента. Эффективность этого вмешательства, по данным ряда авторов, доходит до 90%, в среднем составляя 80-85% .

Несмотря на первоначальный энтузиазм в отношении эндоскопического лечения гидронефроза, эффективность этих методик остается на 15-30% ниже пиелопластики лапароскопическим доступом или стандартных операций. На успех эндоскопического лечения влияют определенные факторы, такие как протяженность стриктуры пиелоуретерального сегмента, выраженность дилатации полостной системы почки (3-4 степень гидронефроза по SFU), снижение почечной функции, наличие добавочного сосуда, неудачная первичная манипуляция и т.д. Кроме того, при различных анатомических вариантах расположения почки и пиелоуретерального сегмента (дистопия почки, подковообразная почка, высокое отхождение мочеточника) выполнение эндопиелотомии значительно затруднено. Пиелопластика с лапароскопическим доступом может быть эффективно выполнена при всех перечисленных состояниях. Единственным противопоказанием для лапароскопического доступа на настоящий момент является неконтролируемая коагулопатия. Авторы, проводящие исследования по сравнению результатов лапароскопической пиелопластики и различных вариантов эндопиелотомий, сходятся во мнении, что эффективность лапароскопических операций, в особенности в случаях с выраженным снижением функции почки или выраженным гидронефрозом, является достоверно выше.

Лучко Н.О

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель: Лермонтов А.А

Актуальность темы. В последнее десятилетие эндопротезирование прочно вошло в клиническую практику как метод лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава (ТБС). Только в странах Европы производится - около 500 тыс. оперативных вмешательств по имплантации протезов крупных суставов. В Украине нуждаются в протезировании 25— 40 тысяч больных ежегодно. Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС на долю диспластического коксартроза (ДКА) приходится до 79%, в том числе около 19% - на дисплазию тазобедренного сустава (ДТБС).

Материалы и методы. Выбор методики ЭТС у больных диспластическим коксартрозом следует осуществлять, прежде всего, на основании анализа клинической картины заболеваний зависящей от степени морфологических изменений в пораженном суставе: его дисплазии и ранее перенесенных оперативных вмешательств. В клинике патологии суставов ГУ «ИППС им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» операции по замене тазобедренного сустава выполняют с 1968 г. За это время выполнено около 3,5 тыс. операций с применением различных конструкций эндопротезов К.М. Сиваша, А.А. Коржа, Н.И. Кулиша, А.И. Герчева, И.А. Мовшовича, а в последние 15 лет — современных эндопротезов различных типов трения: «металл-металл», «металл-керамика», «керамика-пластик», «керамика-керамика». Эндопротезирование ТБС проводили у пациентов с различными формами коксартроза III-IV стадии, асептическим некрозом головки бедренной кости, последствиями, переломами шейки бедренной кости и вертлужной впадины. Для анализа клинических результатов операций использовали шкалу W.H.Harris.

Результаты. При проведении исследований было выделено два периода: за первый период клинических наблюдений хорошие результаты операций были отмечены у 73% больных, удовлетворительные — у 17%, неудовлетворительные — у 10%, во втором периоде удалось улучшить результаты лечения: хорошие результаты наблюдались у 89%, а число осложнений составило 3%. Тотальное эндопротезирование при дегенеративно-дистрофических заболеваниях ТБС (включая ДКА) с использованием протезов современной конструкции является эффективным методом оперативного лечения, позволяющий добиться у 89% больных стойкого исчезновения болевого синдрома и хорошего функционального результата лечения (ср. балл по шкале Харриса $85 \pm 4,7$)

Выводы. Патология ТБС настолько разнообразна, что нельзя говорить обобщенно о методах лечения больного с тем или иным поражением сустава. Вместе с тем результаты, достигнутые в последние годы в области эндопротезирования ТБС, позволяют применять этот метод для оперативного лечения при различных этиологических формах поражения тазобедренного сустава, так как улучшается качество жизни, уменьшается болевой синдром, а также повышается степень адаптации к повседневной жизни.

Малік О.С

ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії № 1

Науковий керівник: асистент Лелиця А.В

Мета дослідження: Дослідження ефективності ендоваскулярної хірургії у лікуванні вазоренальної гіпертензії

Матеріали і методи . Частота виявлення вазоренальної гіпертонії серед хворих з підвищеним артеріальним тиском становить 2-15 % (М.Д. Князев , Е.Е. Гогин) . Вона займає третє місце серед всіх видів ниркових гіпертоній. При операції летальність коливається від 1 до 7%. Після операції тиск нормалізується або значно знижується у 63-81% хворих. Хороші результати забезпечені 72-76 % , задовільні - 12 %

У клініці виконано 90 втручань у хворих з вазоренальної гіпертензією , з них 76 стентувань ниркових артерій при атеросклеротичному ураженні . Вік хворих - від 40 до 73 років (у середньому 56,5 року). Артеріальний тиск (АТ) коливався в межах від 155 / 90 мм рт.ст. до 230 / 130 мм рт.ст. Середній систолічний АТ – $185 \pm 7,5$ мм рт.ст. , середній діастолічний - $105,0 \pm 5$ мм рт.ст. У 11 (14,47 %) хворих артеріальна гіпертензія носила злоякісний характер. Всім пацієнтам виконані діагностична аортографія і селективна артеріографія ниркових артерій. Ступінь стенозу, за даними ангіографії, коливалася в межах від 69 до 93 % , в середньому складаючи $75,6 \pm 5,4$ %. Довжина стенотичного сегмента знаходилася в межах 0,2-2,2 см , в середньому рівняючись $0,5 \pm 0,3$ см. 12 хворих мали початкові ознаки ниркової недостатності.

Результати. Антигіпертензивний ефект після успішно виконаного стентування ниркових артерій ми отримали в 83,8 % випадків в післяопераційному періоді , і в 74-79 % випадків він тримався впродовж 1,5-2 років після втручання . Випадків летальних результатів , тромбозу артерії , перфорації зареєстровано не було.

Висновки . Таким чином , підсумовуючи наші дані , можна стверджувати , що стентування ниркової артерії є ефективним малоінвазивним методом лікування вазоренальної гіпертензії.

Мані Ханс

ІНТЕНСИВНІСТЬ ПРОЦЕСІВ ПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Харківський національний медичний університет,

кафедра оториноларингології

Науковий керівник – д.мед.н., професор Журавльов А.С.,

Хронічне запалення в піднебінних мигдаликах призводить до сенсibiliзації організму, дефіцитного стану імунної системи, порушень в антиоксидантній системі організму (АОС). З літературних джерел відомо, що АОС підтримує прооксидантно-антиоксидантний гомеостаз та регулює процеси перекисного окислення ліпідів (ПОЛ). Тому, порушення в АОС, в свою чергу, призводять до дисбалансу окислювально-відновних процесів й супроводжуються синдромом пероксидації та зменшенням концентрації природних антиоксидантів.

Метою дослідження стало визначення інтенсивності вільнорадикальних процесів й антиоксидантного захисту організму хворих на хронічний тонзиліт (ХТ) для подальшого призначення схеми лікування.

Дослідження процесів ПОЛ встановило, що при хронічному тонзиліті збільшується концентрація проміжних продуктів пероксидації і падає активність ферментів антиоксидантного захисту – каталази й супероксиддисмутази. Так, у хворих на компенсовану форму хронічного тонзиліту (ХКТ) вміст ТБК-активних продуктів в біологічних рідинах перевищував рівень проміжних продуктів пероксидації в 1,8-1,9 рази ($p<0,01$), а у хворих на декомпенсовану форму (ХДТ) – в 2,3-2,5 рази ($p<0,01$). На нашу думку, таке підвищення рівня ТБК-активних продуктів вказує на активацію пероксидних процесів. Вивчення прооксидантно-антиоксидантного гомеостазу показало, що при хронічному тонзиліті активність ферментів антиоксидантного захисту в біологічних рідинах пацієнтів падає: рівень каталази знижувався, в середньому, у хворих ХКТ – в 1,6-1,9 разів ($p<0,01$), а у хворих ХДТ – в 2,4-2,6 разів ($p<0,01$). Таким чином з'ясовано, що при хронічному тонзиліті відбувається зниження рівня ферментів антиоксидантного захисту організму і підвищення інтенсивності пероксидації. На наш погляд, таке виражене порушення рівноваги в АОС пов'язане з розвитком окислювального стресу й сприяє посиленню процесів окислювальної деструкції ліпідів, білків, нуклеїнових кислот тощо. Надлишкове утворення активних кисневих метаболітів, у свою чергу, призводить до накопичення продуктів ПОЛ, які при зниженні функціонування антиоксидантних систем негативно впливають на різні ланки гомеостазу та являються однією з причин порушень дренажної функції піднебінних мигдаликів.

Отримані дані свідчать про необхідність використання у схемі лікування хворих на ХТ сучасних методів та засобів, які впливають на активність АОС.

Минухин Д.В., Смоляник К.Н., Евтушенко Д.А., Фёдорова У.В.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЛАНОВОЙ И УРГЕНТНОЙ МЕДИЦИНЕ

Харьковский национальный медицинский университет

С внедрением в широкую хирургическую практику современных малоинвазивных технологий большое количество операций стали выполнять с помощью эндохирurgical аппаратов. Изучение ближайших и отдаленных результатов показывают значительные преимущества эндохирurgical перед традиционными вмешательствами.

На базе торакального отделения Института общей и неотложной хирургии АМН Украины с 2005 г. и по настоящее время по поводу различных заболеваний органов грудной полости и лёгких, оперировано с использованием малоинвазивных технологий, 55 пациентов в возрасте от 16 до 60 лет, из них женщин 17, мужчин 38. Были произведены следующие эндохирurgical вмешательства: диагностическая торакоскопия - 2 больным с мезотелиомой плевры, при этом производилась биопсия; лечебно-диагностическая торакоскопия – 18 больным с эмпиемой плевры, при этом

выполнялась санация плевральной полости с оставлением дренажей, из этой группы пациентов у 6 были произведены дополнительные торакоскопии для динамического контроля эффективности лечения, а у 5 пациентов выполнена тораскопическая декорткация лёгкого; экссудативные плевриты не поддающиеся лечению пункционным способом – 7 больных, которым выполнена санация плевральной полости; свернувшийся гемоторакс – 8 больных, которым выполнена санация плевральной полости с удалением гематомы; 12 больных были оперированы по поводу спонтанного пневмоторакса – произведено дренирование плевральной полости по Бюллау, у 5 больных из данной группы потребовалось повторное эндохирургическое вмешательство с выполнением атипичной резекции лёгких; 4 больных были оперированы по поводу проникающих колото-резаных ранений грудной клетки. У этих пациентов выполнено торакоскопическое ушивание ранений паренхимы легкого и остановка кровотечения из поврежденных сосудов грудной стенки; у 4 больных с блокированными абсцессами легких были произведены операции по дренированию полости абсцесса под контролем торакоскопа. Все проведенные операции заканчивались установкой плеврального дренажа по Бюллау в VI или VII межреберье по парастернальной линии.

Результатом лечения всех пациентов явилось их выздоровление и полное восстановление работоспособности. Осложнений в послеоперационном периоде мы не наблюдали. Летальных исходов не было.

Таким образом, учитывая накопленный нами опыт, можно утверждать, что в ургентной и плановой торакальной хирургии предпочтение в выборе оперативного пособия следует отдавать малоинвазивным хирургическим технологиям.

Овчаренко С.С., Кравцова Г.Д., Захарченко С.Ю.*, Величко Н.М.*, Коваль А.В.*
РОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ
ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра детской хирургии и детской анестезиологии**

*** КУОЗ «Областная детская клиническая больница №1»**

Научный руководитель – д.мед.н., профессор Межирова Н.М.

Цель исследования: изучить течение системного воспалительного ответа у новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию.

Материалы и методы: обследовано 43 доношенных новорожденных, контрольная группа 17 детей, 26 детей с диагнозом асфиксия тяжелой степени, которым в отделении реанимации новорожденных ОДКБ №1 проводилась интенсивная терапия с протезированием функции дыхания современными респираторами Leoni-2, SLE-5000. В качестве маркеров воспаления исследовались уровни интерлейкина - 6, интерлейкина – 4, интерлейкина - 1β, фактор некроза опухоли - α, цистатин – С, метаболиты оксида азота на 3,5 и 7-е сутки заболевания (жизни). Результаты исследования были обработаны с использованием пакета современных программ статистики общего назначения. Для определения расхождения между группами использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют о стабильности уровней исследуемых провоспалительных цитокинов на протяжении семи суток жизни у новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию при рождении, что сопровождается благоприятным течением заболевания. Течение системного воспалительного ответа у умерших новорожденных, перенесших тяжелую асфиксию при рождении, характеризуется развитием цитокинового дисбаланса, истощение

которого является прогностически неблагоприятным признаком для выздоровления больного.

Таким образом, показатели системного воспалительного ответа имеют существенное значение в патогенезе асфиксии новорожденных и оказывают влияние на течение и исход заболевания.

Павлова Т.М.

ПРОГНОЗУВАННЯ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ ПРИ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМАХ

**Харківський національний медичний університет, кафедра екстреної та
невідкладної медичної допомоги, ортопедії та травматології**

Науковий керівник: професор, д.мед.н. Березка М.І.

Протягом останнього десятиліття у зв'язку зі збільшенням кількості транспортних засобів на шляхах спостерігається зріст травматизму дорослого населення внаслідок ДТП, техногенних катастроф та кататравми, який досягає 50 – 70 % основних причин смертності. Щорічно в Україні травмується приблизно від 1,5 до 2 мільйонів людей, смертність від травм складає 8,14 % (132,8 випадків на 100 тис. населення та має тенденцію до збільшення. Рання діагностика та шляхи попередження виникнення ускладнень у постраждалих з відкритими переломами кісток кінцівок, які супроводжуються гострими судинними розладами в зоні пошкодження кісткової тканини та порушеннями гемодинаміки кінцівки в цілому, є складними та до кінця не вирішеними питаннями травматології та ортопедії.

Вдосконалення ранньої та повної об'єктивної діагностики порушень кровопостачання в пошкодженій кістковій тканині, в сукупності з клініко-рентгенологічними та лабораторними методами, дозволить отримати більш повну інформацію про характер судинних розладів в кістковій тканині, оптимізувати лікувальну тактику шляхом вибору найбільш адекватного методу остеосинтезу та створити оптимальні умови для перебігу процесів остеорепарації. Методика інструментального використання мультиметра цифрового визначає межі життєздатності кісткової тканини та дозволяє встановити ступінь порушення кровообігу в кістці та її життєздатність.

На основі визначення ступеню порушення кровообігу в кістковій тканині обґрунтовуються та запропоновуються оптимальні способи фіксації кісткових уламків та вибір фіксаторів.

Петренко Т. О.

РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра урологии, нефрологии и андрологии**

Научный руководитель: Криворотько Ю.В.

Актуальность. По статистике, заболеваемость мочекаменной болезнью в мире, в среднем, составляет от 0,5 до 5,3% среди взрослого населения и составляет больше 1\3 от всех заболеваний мочевыводящих путей. С помощью мультиспиральной компьютерной томографии можно получить точную информацию о строении и функции почек, мочеточников, мочевого пузыря.

Цель. Определить важность и информативность мультиспиральной компьютерной томографии, проанализировать роль метода изучая снимки группы больных.

Материали и методы. Мультиспиральный компьютерный томограф, группа пациентов с мочекаменной болезнью. Количество больных 10.

Результаты. У всех исследуемых пациентов с мочекаменной болезнью диагноз с помощью мультиспиральной компьютерной томографии был поставлен правильно, который подтвердили дополнительные методы исследования.

Выводы. Мультиспиральная компьютерная томография позволяет осуществлять виртуальную реконструкцию изображений и оценить плотность камня, что, в свою очередь определяет показания и противопоказания к проведению дистанционной литотрипсии. Чувствительность и специфичность данного метода диагностики близки к 100%.

Потихенская К.А., Малишевская А.Ф., Шевченко Я.А., Бережной Б.Ю., Бирюков М.С., Лоскутов А.В., Любомудрова Е.С.

ВИРТУАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ МСКТ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3

Научный руководитель – зав.каф., чл.-корр. НАМНУ, проф. Лупальцов В.И.

Операбельность опухолевых образований печени во многом зависит от оценки локализации и распространенности опухолевого процесса, пространственного взаимоотношения опухоли с внутripеченочными протоковыми и сосудистыми сегментами, объема остающейся паренхимы печени. В последние годы использование предоперационного виртуального хирургического моделирования посредством компьютерной постобработки данных многослойной компьютерной томографии (МСКТ) позволяет улучшить топическую диагностику, индивидуализировать выбор способа и объема резекции печени и добиться улучшения результатов оперативного вмешательства.

Цель исследования – изучение возможностей виртуального хирургического моделирования резекций печени.

Материал и методы. В работе использованы материалы предоперационного обследования, интра- и послеоперационные данные 12 пациентов в возрасте от 42 до 63 лет, прооперированных в ХНИИОНХ за период с 2012 по 2013 гг. по поводу первичного рака печени (n=5) и метастазов колоректального рака в печень (n=7). Из них мужчин 7 (61%), женщин 5 (39%). Предоперационное обследование проводили на МСКТ Somatom-64 (Siemens). Всем пациентам выполняли многофазное контрастное исследование с получением нативной, артериальной, портальной, и отсроченной венозной фаз. Контрастное усиление выполняли с использованием неионных низкоосмолярных контрастных препаратов (Омнипак 300; Омнипак 350). Обработка полученных изображений включала построение трехмерных реконструкций, включая MIP, MPR, VRT, Vessel View, проводился волюметрический и денситометрический анализ. Интраоперационной летальности не было, послеоперационная летальность составила 8,3%.

Результаты. На основании результатов постобработки данных МСКТ, установлены следующие варианты распространенности и локализации опухолевого процесса: 1) с локализацией поражения в пределах одной анатомической доли печени - 3; 2) с распространением опухолевого процесса на контралатеральную долю печени (без сосудистой инвазии - 2, с инвазией воротной вены - 1; с инвазией устьев печеночных вен - 1); 3) при центральном расположении опухоли - 2, из них с инвазией воротной вены - 1; 4) при локализации опухоли в области устьев печеночных вен с инвазией нижней полой вены (НПВ) - 1; 5) при локализации опухоли в пределах одной из долей с вовлечением окружающих структур - 1. Трехмерные данные позволили отчетливо визуализировать опухолевые образования в печени вне

зависимости от их местоположения, определить тонкие особенности их структуры, а также выявить направление и выраженность смещения прилежащих сосудов, вызванного давлением экстраорганных частей новообразования. Диагностическая точность трехмерной визуализации при опухолевидных образованиях печени по сравнению с двухмерными данными составляет 83,4 % и 72,8 %, чувствительность – 94,5 % и 89,8 %, специфичность – 90,1 % и 76,3 %, соответственно.

Выводы. Виртуальное планирование анатомической резекции печени с учетом точного знания локализации поражения, сосудистой анатомии, предоперационного определения объема остающейся паренхимы печени является высокоэффективным диагностическим приемом и позволяет рационально спланировать оперативное вмешательство на печени.

Прокопенко К.А., Евтушенко А.В., Шадрин В.С
ОЦЕНКА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С
РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общей хирургии №2

Научный руководитель: к.мед.н, доцент Гринченко С.В.

Актуальность темы. Энтеральная недостаточность является одним из осложнений перитонита, приводящее к полиорганной недостаточности. Последняя имеет свою стадию развития, однако оценка стадии развития энтеральной недостаточности в литературе до конца не изучена. Множество клинических проявлений, этиологических и патогенетических факторов энтеральной недостаточности требует подбора адекватных критериев для ее оценки.

Цель работы: создание балльной системы оценки стадий развития энтеральной недостаточности.

Материал – исследования: проанализированы истории болезни пациентов с клиникой перитонита за последние 5 лет (2009 – 2013). Был исследован 41 пациент с перитонитом различной этиологии. Среди них были мужчины - 19, женщины 22. Возраст пациентов от 18 до 61 года. Причиной перитонита у 13 пациентов (31,7%) была перфоративная язва желудка, у 10 (24,3%) - острая тонкокишечная непроходимость, у 9 (21,9%) - перфорация опухолей толстой кишки, у 6 (14, 6%) - панкреонекроз с последующим развитием перитонита, у 2 (4,8%) - несостоятельность швов анастомоза после резекции толстой кишки и у 1 (2,4%) - травма живота с разрывом полых органов.

Результаты и обсуждение: В состав шкалы включены стандартные клинические параметры, такие как медицинский осмотр (характер боли, наличие опухоли в брюшной полости, объем содержимого, удаленного из желудка, систолическое артериальное давление, дыхательный ритм, сердечный ритм, температура тела), данные лабораторных анализов (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, клинический анализ мочи), рентгенологические исследования и данные, полученные во время операции. Каждый клинический признак, лабораторные и инструментальные методы обследования оценивались от одной единицы до трех единиц. Предложена интерпретация суммы баллов шкалы оценки клинических изменений у больных с перитонитом следующая: при сумме баллов до 20 энтеральная недостаточность является компенсированной, при сумме 21-40 – субкомпенсированной, при 41 или более - декомпенсированной. Эти данные позволяют нам определять тактику дальнейшего лечения.

Заклучения. Предложенная бальная шкала оценки энтеральной недостаточности предоставляет возможность объективно оценить стадию энтеральной недостаточности, позволяет определить дальнейшую тактику лечения и ухода за пациентом в соответствии со стадией, способствует более быстрой реабилитации пациента.

Робак В.И., Евтушенко А.В.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общей хирургии №2**

Научный руководитель: проф. Сипливый В.А.

Цель работы: Разработка индивидуализированного прогноза течения панкреонекроза (ПН) с использованием клинико-лабораторных критериев.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 125 больных с ПН. В зависимости от исхода заболевания больные разделены на две группы: выжившие (91 больной, (72,8%)) и умершие (34 больных, (27,2%)). В динамике лечения у больных оценена реакция периферической крови с определением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и разработанного нами показателя интоксикации (ПИ) (Патент № 43305).

Результаты. В предоперационном периоде выявлены достоверные различия в значениях ЛИИ: $5,04 \pm 0,76$ у умерших, и $3,94 \pm 0,65$ - у выживших ($p < 0,05$). Значения ПИ в предоперационном периоде составили $1,66 \pm 0,67$ у умерших и $1,34 \pm 0,28$ у выживших ($p > 0,05$). В раннем послеоперационном периоде значения ЛИИ у умерших составили $6,36 \pm 0,97$, у выживших - $3,47 \pm 0,60$ ($p < 0,05$); значения ПИ у умерших составили $2,55 \pm 1,67$, у выживших - $0,99 \pm 0,26$ ($p < 0,05$). На основании полученных данных был разработан способ прогнозирования течения ПН в раннем послеоперационном периоде: в предоперационном и раннем послеоперационном периодах у больного рассчитывается ПИ. При увеличении значений ПИ в послеоперационном периоде по сравнению с предоперационным более, чем на 2,1, прогнозируется неблагоприятное течение панкреонекроза. Общая точность прогнозирования составила 87,1%, чувствительность – 81,2%, специфичность – 83,3%.

Выводы. Гематологические индексы являются объективными показателями течения панкреонекроза. Разработанный способ прогнозирования течения панкреонекроза имеет высокую точность и является доступным к применению в любом лечебно-профилактическом учреждении.

Троций В.О., Истомин Д.А.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра травматологии и ортопедии**

Научный руководитель проф. Голка Г.Г.

Актуальность. Переломы и вывихи в локтевом суставе зачастую приводят к различным осложнениям даже при условии своевременного и адекватного лечения. Повреждения локтевого сустава занимают первое место по числу посттравматических осложнений и в 29,9% случаев приводят к стойкой инвалидности.

Цель. Определение наилучшего алгоритма лечения и реабилитации больных с повреждением локтевого сустава.

Материалы и методы: В период с января по декабрь 2013 г в ХГКБСНМП лечилось 34 больных с повреждениями области локтевого сустава: оперативно – 22(64,7%), консервативно – 12(35,3%). Осложнения были отмечены у 10 пациентов (29,4%). Из 10 больных с осложнениями, в 7 случаях (70%) выявлены контрактуры, в 2 случаях выявлены гетеротопические оссификаты, в 6 остеоартрозы, в 3 деформации, в 1 - анкилоз.

Результаты. При оперативном лечении первичных травм (22 больных) осложнения наблюдались у 3 (13,6%), а при консервативном (12 больных) - у 7 (58%,) больных. У 18 больных (53%), у которых проводился полный комплекс физических средств реабилитации - осложнения возникли у 3 больного (16,6%),а у 16 больных, у которых не проводился комплекс реабилитационных мероприятий - 7 (43,7%).

Выводы: для уменьшения развития осложнений более приемлем оперативный метод лечения в сочетании с ранними реабилитационными мероприятиями.

Ходак А.С., Ходак В.П.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра онкологии

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П.Григорьева НАМНУ»

Научный руководитель: проф. Стариков В.И.

Актуальность. Традиционно меланома кожи считается злокачественной опухолью с переменным и зачастую непредсказуемым клиническим течением. В то же время локальная меланома кожи не является болезнью с однозначно плохим прогнозом. Стойкое излечение после хирургического иссечения первичного очага опухоли на ранних стадиях развития может быть достигнуто у 80–90 % больных. В настоящее время четко показано, что рутинно широкое иссечение (4–5 см от краев опухоли) не улучшает ни ближайших, ни отдаленных результатов лечения. Невозможность измерения толщины опухоли до хирургического вмешательства диктует необходимость учета толщины кожи на различных участках тела.

Цель исследования. Показать целесообразность учета толщины кожи на различных участках туловища при планировании объема оперативного вмешательства у больных меланомой.

Материал и методы. Материалом исследования послужили данные о 134 больных меланомой кожи туловища I–III стадий, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии и онкологии за период с 2001 по 2005 г. Наиболее частой локализацией опухоли была область спины – 55,2 %. На коже живота меланома была у 22,4 %, на коже передней грудной стенки – у 17,2 %, ягодичной области – у 5,2 % пациентов. В I и II группе больных была 1 - 2 стадии меланомы. По Кларку I –II уровни инвазии. Выполнялось иссечение опухоли с окружающими тканями, с последующей пластикой дефекта свободным или перемещенным кожным лоскутом. Отступ от границ опухоли определялся в зависимости от полученных при измерении толщины кожи результатов.

Результаты. По результатам микроморфометрического исследования средние величины общей толщины кожи составили: в области грудной стенки – 1906,0 мкм; в области спины – 2333,0 мкм; в ягодичной области – 3234,6 мкм; в области живота – 3883,6 мкм. Отмечено, что средняя толщина кожи грудной стенки и спины меньшая по сравнению с кожей живота и ягодичной области. Больные с локализацией меланомы на животе и ягодичной области отобраны в первую группу. Вторую группу составили больные с локализацией опухоли на передней грудной стенке и спине. Средний размер меланомы, в максимальном измерении, в двух группах существенно

не отличался и сопоставил: в первой группе – 1,4 см, в контрольной группе – 1,6 см. Больным из первой группы выполнено экономное иссечение опухоли с отступом от визуальных границ 2 см. Больным из второй группы выполнено широкое иссечение с отступом 4–5 см. Провели контроль частоты радикальности операции с помощью гистологического исследования. Во всех случаях по линии резекции опухолевого роста не было. При гистологическом исследовании толщина опухоли по Breslow существенно не отличалась, составив 2,6 мм и 2,4 мм в первой и второй группах соответственно. Период наблюдения за больными составил 5 лет. За это время местный рецидив отмечен в первой группе у 11 человек (11,3 %), во второй группе – у 4 человек (10,8 %). Отдаленные метастазы выявлены были у 5 человек болеван. гатов (ДК) и ТБК-активных продуктов. из первой группы и у двух пациентов из второй группы – 5,1 % и 5,4% соответственно.

Выводы. Знание толщины кожи на различных участках туловища у больных меланомой позволяет уменьшить объем оперативного вмешательства без риска ухудшения отдаленных результатов.

Ходак А.С., Ходак В.П.

ПЕРВИЧНОМНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТРЕХ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра онкологии

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П.Григорьева НАМНУ»

Научный руководитель: проф. Стариков В.И.

Первичномножественные опухоли (ПМО) это злокачественные новообразования, при которых возникает две или более независимых друг от друга опухоли, которые различной гистологической структуры в различных органах. Наиболее часто встречаются метакронные опухоли, то есть развивающиеся с различным интервалом, и значительно реже синхронные опухоли развиваются одновременно.

Приводим два наблюдения ПМО пациентов, у которых было две синхронные опухоли гениталий и одна опухоль другой локализации.

Больная Г. 59 лет обратилась в ИМР в 2006 году. Установлен диагноз рак тела матки T2N0M0. Произведена экстирпация матки с придатками. При гистологическом исследовании установлен рак тела матки T2N0M0, и как случайная находка, рак левого яичника T1N0M0. В 2012г году у больной диагностирован рак правой грудной железы. Произведена радикальная мастэктомия. Гистологически – инвазивный протоковый рак правой грудной железы T2N0M0. На момент осмотра в 2013 году рецидива опухолей нет.

Больная К. 30 лет находилась на лечении в ИМР в 2001 году по поводу рака тела матки и кисты правого яичника. Произведена экстирпация матки с придатками. При гистологическом исследовании установлен рак тела матки T1N0M0 и рак правого яичника T2N0M0. Больная находилась под наблюдением онколога. В 2011 году в ИМР у больной диагностировали рак сигмовидной кишки T2N0M0. Произведена резекция сигмовидной кишки. Гистологически аденокарцинома без метастазов в лимфотические узлы. В течении 2^х лет данных местный рецидив и отдаленные метастазы нет.

Таким образом, синхронные ПМО гениталий могут встречаться в молодом и зрелом возрасте. Больные излеченные от 2^х синхронных ПМО представляют группу повышенного риска по раку третьей локализации и требуют постоянного (более 5 лет) наблюдения у онколога.

Черняков П.А. Шилова О.В. Урсул О.Г.
ВОЗРАСТНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ОСТЕОХОДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра радиологии и радиационной медицины
Научный руководитель: проф. Пилипенко Н. И.

Цель: определение особенностей рентгенологических признаков дегенеративно-дистрофических изменений в шейном отделе позвоночника у пациентов различного возраста.

Материалы и методы. Пациентам проводилось функциональное рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника, анализировалось 256 рентгенограмм, 64 пациентов 4 возрастных групп: ≤ 41 ; 41-50; 51-60; $61 \leq$.

Снижение высоты межпозвонковых пространств; уплотнение замыкательных пластинок тел позвонков; латерализация полулунных отростков; краевые костные разрастания; обызвествления задней продольной связки и наличие функционального блока, чаще всего определялись у пациентов 61г. и старше, что составляло 11% - 17%; в группе 40 и младше от 0,6% до 3%. Причиной чего является возрастные морфологические и биомеханические изменения межпозвонковых дисков и смежных участков тел позвонков. Наиболее частые изменения проявлялись в виде склероза замыкательных пластинок 97%, снижение высоты межпозвонковых пространств 90% и латерализация полулунных отростков 81%. Краевые костные разрастания 64%, обызвествление задней продольной связки 58%, функциональный блок 33%, что свидетельствует о стадийности процесса и его прогрессирование с возрастом. Нестабильности чаще подвергались сегменты C2-C5 из них C3-C4(83%) пациентов, в сегменте C5-C6(22%) встречалась реже и в сегменте C6-C7 не определялась. Причиной чего является наибольшая функциональная двигательная нагрузка на данный участок и наибольшая растяжимость связок в месте максимального физиологического шейного лордоза. Основываясь на том что с возрастом связочный аппарат позвоночника перестает полноценно выполнять стабилизирующие, амортизирующие, мобильные двигательные функции, в связи со снижением прочности связок, мышечной атрофии и хрящевой дисплазии, функциональная нестабильность чаще встречалась у пациентов возрастом 41 и старше, в группе $61 \leq$ (73%). Нестабильность за счет ретролистеза при разгибании тел позвонков(39%) встречалась реже, чем за счет антелистеза при сгибании(44%), обусловлено тем, что передняя продольная связка препятствует разгибанию позвоночника и является наиболее прочной. Ретролистезу как и антелистезу чаще всего подвергались позвонки C2-C4 из них C3(6%) при антелистезе и 56% при ретролистезе. Нестабильность за счет антелистеза при сгибании чаще всего определялась у пациентов возрастом старше 40 лет, составила 13% в группах 51-60 и $61 \leq$. Нестабильность за счет ретролистеза при расгибании чаще всего встречалась у пациентов возрастом старше 40 лет, 13% в группе 41-50.

Шамрай Д.В., Кальченко А.Д., Куценко Ю.А.
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ
ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННЫХ ТИФЛИТОМ ИЛИ
ПЕРФОРАЦИЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА
НМУ имени А.А. Богомольца, кафедра хирургии № 2, г. Киев, Украина
Научный руководитель: доц., к.м.н. Моисеенко А.И.

Принятые в открытой хирургии погружные способы перитонизации культи червеобразного отростка (ЧО) при тифлите во время проведения лапароскопической аппендэктомии (ЛА) зачастую технически невыполнимы.

Цель работы: разработать технически простой и надёжный способ перитонизации культи ЧО, который бы позволил улучшить непосредственные результаты ЛА при деструктивных формах острого аппендицита (ОА).

Материалы и методы. В течение 2012 – 2013 годов в клинике кафедры хирургии №2 выполнено 24 ЛА у больных, 9 мужчин и 15 женщин, с гангренозными и перфоративными формами ОА, осложнёнными тифлитом. Средний возраст больных $43,04 \pm 2,9$ лет, средняя анамнестическая длительность заболевания $44,7 \pm 3,6$ часа. Из стандартной диспозиции из 3 лапаропортов выполняли ЛА, основание аппендикса лигировали 2 эндопетлями Редера. При наличии перфорации купола слепой кишки у основания ЧО, производилось ее ушивание интракорпоральным узловым швом.

Результаты и выводы. Разработанная нами методика предусматривала собой выкраивание параболоподобного лоскута на широком основании из брюшины заднебоковой стенки правой подвздошной ямки «холодными» ножницами. При этом основание лоскута должно быть максимально приближено к куполу слепой кишки. Данный лоскут эвертировали на купол слепой кишки, перитонизируя при этом культю аппендикса, и фиксировали непрерывным интракорпоральным швом по периметру. Средняя продолжительность операции – $57,5 \pm 2,8$ мин, средняя продолжительность пребывания в стационаре – $2,75 \pm 0,1$ суток. Конверсий и гнойно-септических осложнений, обусловленных несостоятельностью культи аппендикса, не было.

Шевченко О.М., Кожемяка К.О

ПРОФІЛАКТИКА ЕВЕНТРАЦІЙ ПІСЛЯ ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії №1

Введення. Евентрацією слід вважати гостро розвинувшийся дефект в очеревині і м'язово-апоневротичному шарі, внаслідок чого створюються умови для разгерметизації черевної порожнини і виходу нутрощів за її межі. Це одне з найбільш небезпечних ускладнень в абдомінальній хірургії, при розвитку якого відзначається досить висока летальність, що досягає 20% і навіть, за деякими даними, 65%.

Матеріал і методи. Розроблений нами спосіб, застосований у 69 хворих гнійним перитонітом (чоловіків - 56, жінок - 13) у віці 19 - 84 років (середній вік хворих - 48,9 років). Причинами перитоніту були деструктивні форми апендициту (14) і холециститу (4), перфорація порожнистого органа (12), травма живота (21), післяопераційні ускладнення (18). Даний метод в 51 випадку застосовано при програмованій релапаротомії (одноразової - у 14, дворазовий - у 22, трьох-і чотирикратної - у 15 хворих) і в 18 випадках евентрації. Загальне число проведених програмованих втручань склало 108. У 57 хворих операції проведені під ендотрахеальним наркозом, у 8 - під внутрішньовенним, у 4 - під епідуральною анестезією.

Результати та обговорення. Нами розроблений і з застосовується метод ушивання лапаротомної рани при програмованій релапаротомії і евентрації, основним елементом якого є проведення металевих порожнистих перфорованих спиць через піхви прямих м'язів живота. Спиці проводяться паралельно країв рани, відступивши від них на 3-4 см., між листками піхв прямих м'язів живота під пальпаторним контролем з боку очеревини. Їх кінці виводяться на шкіру на 1-2. см. від верхнього і нижнього кутів рани, злегка загиналися. Через порожні перфоровані спиці проводиться введення антисептичних розчинів і антибактеріальних мазей до зони швів. Шви (капрон) накладаються через всі шари з захопленням спиць на відстані близько 4 см. один від одного і затягуються до щільного контакту країв операційної рани. Місцеве використання антисептичних засобів знижувало ймовірність

виникнення гнійно-септичних ускладнень в зоні накладання швів. Ускладнень у вигляді пошкодження спицями внутрішніх органів ми не спостерігали. При розвитку флегмони передньої черевної стінки (у 4 хворих) виконували широкі розрізи уздовж спігелієвих ліній і проводили лікування за загальними принципами гнійної хірургії. У 2-х хворих з явними ознаками анаеробного інфікування тканин передньої черевної стінки нам не вдалося впоратися з поширенням процесу, що послужило причиною для передчасного видалення спиць. Нами проведена порівняльна оцінка результатів застосування розробленого способу у 69 хворих і ушивання лапаротомної рани П-подібними, швами на гумових протекторах у 102 хворих.

Висновки. Таким чином, повторна евентрація серед 102 хворих контрольної групи виникла у 16 (15,7%) хворих, а в основний - не спостерігалася. На підставі проведеного дослідження ми вважаємо за можливе зробити висновок, що при поширеному гнійному перитоніті жоден з методів ушивання лапаротомної рани, як при евентрації, так і при програмованій релапаротомії не є універсальним, що рятує хворого від загрози розвитку місцевих ускладнень у вигляді флегмони передньої черевної стінки і віддалених наслідків, таких як формування великих і гігантських післяопераційних гриж. Застосування запропонованої нами методики, зважаючи на відносно невелику кількість негативних наслідків, представляється нам перспективним.

Шилова О.В. Черняков П.А. Урсул О.Г.
КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра радиологии и радиационной медицины
Научный руководитель: проф. Пилипенко Н.И.

Цель: изучение возможностей конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в выявлении одонтогенных осложнений стоматологических вмешательств.

Материалы и методы. Исследовались пациенты после протезирования и пломбирования с такими осложнениями как: мигрирующие инородные тела (пломбировочный материал), остеомиелит. 49 пациентам в возрасте от 25 до 70 лет проводилась КЛКТ. Проведен анализ 98 томограмм.

Полученные результаты и выводы. Остеомиелит - это редкое, но хорошо изученное осложнение экстракции зуба. При быстром его развитии разрушается кортикальный слой кости, что выявляется рентгенологически. При КЛКТ обнаруживались очаговые или диффузные просветления за счёт остеопороза и (или) очагов деструкции неправильной формы. По сравнению с данными рентгенографии КЛКТ позволяла выявить ранние признаки остеомиелита. Наличие секвестров выявлено у 15 пациентов, что являлось патогномоничным для хронического очагово-секвестрального остеомиелита.

При пломбировании моляров и премоляров верхних челюстей пломбировочный материал локализовался в гайморовой пазухе или под слизистой оболочкой и являлся причиной развития одонтогенного гайморита у 12 пациентов. Реакция на инородное тело (пломбировочный материал) зависела от длительности контакта с ним тканей. В 7 случаях инородные тела, попадая в мягкие ткани, инкапсулировались и никак себя клинически не проявляли, а у 15 пациентов вызывали воспаление с последующим нагноением. КЛКТ, по нашему мнению, является методом выбора в диагностике одонтогенных осложнений, превосходя СКТ в разрешающей способности при меньшей лучевой нагрузке на пациента.

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

Абдуллаева И.А., Валильщикова Н.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – к.мед.н., асс. Н.В.Капустник

Воспалительные заболевания женских половых органов доминируют среди гинекологической патологии, частота их достигает 70%. При этом весьма сложным для диагностики и дифференциации с различными генитальными и экстрагенитальными заболеваниями являются хронические процессы, трудности лечения которых связаны с особыми патогенетическими механизмами их развития. Кроме того актуальность данной проблемы обусловлена и рядом значимых для здоровья женщины отдаленных последствий: бесплодия, нарушения менструальной функции, повышенного риска возникновения внематочной беременности, синдрома тазовых болей. С современных позиций хронические воспалительные заболевания придатков матки следует рассматривать как полисистемное заболевание с вовлечением в патологический процесс комплексов, с которыми связаны многие адаптационные процессы в женском организме.

На кафедре акушерства и гинекологии №1 ХНМУ проводится работа по изучению клинко-патогенетических особенностей данной патологии и оптимизации лечения этих больных.

Как показывают полученные нами данные основными клиническими симптомами являются: болевой синдром в 65,6% случаев, альгодисменорея – 51,1%, диспареуния – 27,9%, нарушения овариально- менструального цикла в виде гиперполименореи – 34,4% и опсоолигоменореи – 14,4% пациенток. По результатам бактериологического исследования у больных хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки выявляли различные виды кокко-бациллярной микрофлоры, хламидии, уреаплазму, причем в большинстве случаев доминировали различные ассоциации микроорганизмов. Для лечения этих больных на кафедре разработан терапевтический комплекс направленный на активизацию общей иммунореактивности организма. Преимущество в проведенной иммунокорригирующей терапии было отдано препарату класса тиопозтинов (глутоксиму).

Проведенные исследования показали, что иммунокорригирующее лечение приводит к быстрому и существенному снижению болевого синдрома, нормализации регуляторной функции симпатно-адреналовой системы, улучшению гемодинамических показателей и устранению эндотелиальной дисфункции, что значительно улучшает результаты лечения больных и предотвращает возникновение рецидивов болезни в последующем.

Авраменко Я.В.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д. мед. н., профессор Н.А. Щербина

Актуальность проблемы папилломавирусной инфекции (ПВИ) человека в последние годы приобрела особую значимость, что обусловлено высокой контагиозностью, широкой распространенностью и онкогенным потенциалом ее

возбудителя-вируса папилломы человека (ВПЧ). В клинических и практических рекомендациях недостаточно изложена тактика врача при бессимптомном выделении ВПЧ. В случае обнаружения ВПЧ и полном отсутствии клинических проявлений этой инфекции, тактика ведения пациенток должна состоять из 3 частей: 1. Подробное информирование пациентки о характере течения и последствиях инфекции. 2. Профилактическая вакцинация против ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов, которые относятся к наиболее высокой степени онкогенного риска. 3. Возможности воздействия на ВПЧ в условиях женской консультации (ЖК).

Целью настоящего исследования явилось проведение трёхэтапного подхода к ведению женщин с ПВИ при отсутствии ее клинических проявлений в условиях ЖК с использованием препарата «Аллокин- альфа».

Материалы и методы исследования: В условиях ЖК в ходе исследования под нашим наблюдением находилось 48 пациенток с ПВИ в возрасте от 16 до 32 лет давностью заболевания от 6 до 24 месяцев. Обследование включало сбор анамнеза, цитологическое и кольпоскопическое исследования, диагностика инфекций, передающихся половым путем, выявление ВПЧ высокого канцерогенного риска с определением типа (16,18,31 или 33) с помощью ПЦР. При расширенной кольпоскопии аномальной кольпоскопической картины ни в одном наблюдении не выявлено.

Результаты и их обсуждения: В качестве противовирусного препарата во всех случаях мы применили «Аллокин-альфа» в дозе 1 мг подкожно через день, 6 инъекций на курс. Через 2, 3, 6 месяцев и 1 год после лечения проведено исследование из урогенитального тракта для определения ДНК ВПЧ. После проведенного комплексного трёхэтапного подхода пациенткам с ПВИ и наблюдением за ними в течение этого времени установлено, что в 45 (93,75%) случаях наблюдалось отсутствие ВПЧ по данным ПЦР-контроля. В 6,25% (3) наблюдений через 3 месяца после лечения выявлена ВПЧ-инфекция с помощью ПЦР. Этим женщинам рекомендовано обследование полового партнёра на предмет наличия ВПЧ-инфекции с последующим совместным лечением обоих половых партнёров. Эффективность комплексного лечения ВПЧ-инфекции составила 93,5%.

Выводы: Таким образом, проведение трёхэтапной тактики ведения пациенток с ПВИ при отсутствии ее клинических проявлений в условиях ЖК и применение «Аллокин-альфа» позволяет существенно повысить эффективность противовирусного иммунитета, который в свою очередь предположительно способствует устранению вируса из организма или уменьшению его активности.

Алиева П.А.

СПОСОБ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ К ИМПЛАНТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – к. мед. н., доц. О.Н. Аралов

Актуальность темы. Количество бесплодных пар в Украине постоянно растет. Эндокринные формы составляют около 68% от их общего числа. Эндометрий является имплантационной и нидационной платформой эмбриона, что определяет важность его роль в данном процессе

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 75 женщин репродуктивного возраста, которые были разделены на 2 группы. Котрольную (1-ю группу) составили 15 здоровых, потенциально фертильных женщин. В основную (2-ю группу) вошли 60 женщин с бесплодием эндокринного генеза

продолжительностью от 2 до 5 лет. Пациентки 2 й группы были разделены на три подгруппы: подгруппа 2-а — 20 женщин, которым проводилась терапия дидрогестероном; подгруппа 2-б — 20 женщин, которым проводилось лечение при помощи NO; подгруппа 2-в — 20 женщин, которым было проведено сочетание дидрогестерона и NO. Состояние эндометрия в различные фазы МЦ у пациенток с эндокринной формой бесплодия определялось трансабдоминальной эхографией с помощью аппарата фирмы «Medison» 128 BW по стандартной методике. Исследования проводились на базе КУОЗ «Харьковский областной клинический перинатальный центр» (главный врач доцент Н.М. Пасиешвили).

Результаты и их обсуждение. Комплексный метод лечения препаратом дидрогестерон и NO в большем проценте случаев ($p < 0,05$) способствует секреторным преобразованиям эндометрия ($y 26,7 \pm 1,7 \%$) по данным УЗИ, чем изолированное использование NO ($y 13,4 \pm 3,2 \%$) и дидрогестерона ($y 6,6 \pm 2,2 \%$).

Антонян М.И., Пилоян А.Ж.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКО

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д. мед. н., профессор Н.А. Щербина

Вопросы перинатальной охраны плода продолжают сохранять свою актуальность и статус наиболее приоритетных направлений современного акушерства, что обусловлено их медицинской и социальной значимостью. Известно, что беременность, полученная в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) закладывается и развивается в специфических условиях и имеет большое количество осложнений.

Целью работы явились уточнение патогенеза и разработка эффективных методов профилактики перинатальных осложнений беременности, наступившей после применения ЭКО.

Материал и методы исследования. Для достижения указанной цели было обследовано 120 беременных, из них 90 женщин, у которых беременность была получена после применения ЭКО с переносом эмбриона, и 30 женщин со спонтанно наступившей беременностью (контрольная группа). 90 беременных после применения ЭКО были разделены на 2 клинические группы (основную и сравнения). В основную группу вошли 45 женщин, которым для профилактики осложнений беременности дополнительно применялись озонотерапия в сочетании с иммунокорректорами. Группу сравнения составили 45 беременных, получавшие только общепринятую стандартную методику ведения беременности после ЭКО. Методы обследования помимо общепринятого клинко-лабораторного и ультразвукового исследования включали определение уровня гормонов (ХГЧ, эстрадиол, прогестерон), иммунологических показателей (иммунограмма, уровень интерлейкинов, TNFa, sFASлиганд), маркеров эндотелиальной дисфункции (СЭФР, эндотелин-1, цГАНФ, нитраты и нитриты) методом иммуноферментного анализа с использованием наборов «Вектор-Бест» (Россия). Статистическую обработку проводили с использованием методов вариационной статистики и определения критерия Стьюдента.

Результаты работы и их обсуждение. В результате проведенного исследования было выяснено, что через 10-12 дней после переноса эмбриона уровень ХГЧ, прогестерона и эстрадиола в группе сравнения были достоверно ниже ($P < 0,05$). В иммунограмме в группе сравнения выявлено повышение общего количества Т-

лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+) и Т-супрессоров (CD8+), снижение числа В-лимфоцитов, IgG и IgA, усиление продукции провоспалительных цитокинов IL-1, IL-6 и TNF, повышение маркеров апоптоза sFAS. При изучении эндотелиинового статуса было выявлено: СЭФР в среднем составил $595,8 \pm 45,6$ пкг/мл, эндотелин-1 - $16,5 \pm 2,3$ нг/мл, цГАМФ - , нитриты — $0,77 \pm 0,03$ мкмоль/л, нитраты и нитриты - $27,9 \pm 3,9$ мкмоль/л. В основной группе нормализовался уровень Т-хелперов (CD4+), Т-супрессоров (CD8+), содержание IgG и IgA. Цитокиновый профиль соответствовал контрольным цифрам и достоверно отличался от показателей женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание значительное снижение уровней эндотелина-1 и СЭФР. Симптомы угрожающего аборта наблюдались у 7 (15,5%) беременных основной группы и 32 (71,1%) женщин группы сравнения, плацентарная дисфункция наблюдалась у 5 (11,1%) беременных основной группы и у 18 (40%) женщин группы сравнения; синдром задержки роста плода преобладал в группе сравнения (35,5%), в то время как в основной группе его частота составила 17,7%. В основной группе в удовлетворительном состоянии родилось 42 (93,3%) детей в отличие от группы сравнения, в которой чаще наблюдалась асфиксия новорожденных (28,8%) и гипотрофия плода у каждого второго ребенка.

Таким образом, предложенный комплекс мероприятий, направленный на оптимизацию ведения беременности, полученной после применения ЭКО, позволяет улучшить течение гестационного периода, снизить число перинатальных осложнений как для матери, так и для плода, путем нормализации нарушенных звеньев регуляторных механизмов эндотелиальной системы и иммунологического гомеостаза, что достигается проведением озонотерапии и иммунокоррекции еще на предимплантационном этапе.

Багиров Н.В.
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ГИНЕКОЛОГИИ
Харьковский национальный медицинский университет
кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель – д. мед. н., профессор Липко О.П.

Целью исследования было выявление факторов риска инфицирования онкогенными вирусами папилломы человека (ВПЧ) шейки матки у женщин репродуктивного возраста.

Инфицирование ВПЧ половых органов происходит при наличии микротравм, к примеру: механическая травматизация во время полового акта, бактериальные микроповреждения, и др. При этом надо принять к сведению, что резервуаром ВПЧ-инфекции могут служить уретра, семенная жидкость. Частота ВПЧ-инфекции зависит от сексуального поведения: она повышается при раннем начале половой жизни и распространяется у женщин с активной половой жизнью, с частой сменой половых партнеров, при незащищенных половых контактах. При этом ВПЧ-инфекция поражает нормальный эпителий мочеполового тракта, превращая его в «вирусный резервуар». Аногенитальные бородавки возникают вскоре после полового акта с новым партнером. Спектр клинических проявлений генитальной ВПЧ-инфекции варьирует от субклинических проявлений до рака шейки матки. Возникновение ВПЧ-инфекции высокого онкогенного риска наблюдается у женщин с патологией вульвы и шейки матки (от 81,3% до 100%), при этом важное значение в этиологии неоплазий шейки матки подтверждается его встречаемостью в 95%-100% случаев при предраковой патологии и раке шейки матки соответственно. В Украине ВПЧ-

инфекция распространена преимущественно у женщин репродуктивного возраста (81,2%). У женщин имеющих в анамнезе инфекции передающиеся половым путем, ВПЧ встречается в 88,9% случаев. Наиболее опасными с позиции инфицирования ВПЧ высокого онкогенного риска являются хламидиоз и генитальный герпес. При инфицировании ВПЧ высокого онкогенного риска чаще выявляются изменения шейки матки в виде эндоцервикоза (72,7%) и эндоцервицита (70,9%), кольпоскопическая картина - в виде атипичной зоны трансформации (44,2%). При ВПЧ низкого онкогенного уровня наиболее распространена патология вульвы (58,2%) и паха (59,3%). На данный момент цитологическому исследованию шейки матки пришло ДНК-типирование вирусов с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Но факт вирусного носительства, еще не является показанием к назначению терапии. Позитивный результат ПЦР-анализа на ВПЧ и выявление онкобелка Е7 в пробах с цервикального канала является прямым указанием на интеграцию вирусной ДНК в хромосомы инфицированных клеток и возникновению процесса малигнизации; Синтез онкобелка Е7 регулируется половыми гормонами, открывающие новые возможности в терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Данный онкобелок не только приводит в исполнение процесс малигнизации, но также проявляет стойкость инфицированных клеток к интерферонам.

Выводы: На основании статистических данных, полученных в результате исследования, мы выявили характерную закономерность возникновения и развития ВПЧ у женщин репродуктивно возраста, с активной половой жизнью с частой сменой партнеров.

Бородай И.С., Плугина А.А.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

Из всех критических состояний, возникающих в повседневной акушерской практике, наиболее грозными и опасными остаются акушерские кровотечения, являющиеся одной из ведущих причин материнской смертности, что подтверждает необходимость научного поиска и практического применения инновационных подходов к данной проблеме.

В исследование было включено 96 пациенток с маточными кровотечениями во время родов и в ранний послеродовый период. У всех обследованных женщин исключена патология системы гемостаза.

В случае родоразрешения через естественные родовые пути гипотоническое кровотечение во II группе (контрольной) наблюдалось в 8 (32,0 %) случаях, а в I группе - 9 (21,9 %). Ранний послеродовый период осложнился гипотоническим маточным кровотечением у 15 ($50 \pm 9,13$ %) женщин I группы, которым к терапии была добавлена транексамовая кислота, и у 17 ($56,67 \pm 9,05$ %) – II группы. Оперативное родоразрешение проведено у 5 ($16,67 \pm 6,81$ %) беременных II группы и у 4 ($13,33 \pm 6,21$ %) – I группы. С целью прекращения кровотечения 1 ($3,33 \pm 3,28$ %) пациентке I группы и у 3 ($10 \pm 5,48$ %) - II группы была осуществлена перевязка магистральных сосудов. Средняя кровопотеря в родах у женщин I группы составила 600 мл, в контрольной группе была достоверно выше - 950 мл ($p < 0,05$).

Случаев материнской смертности не было.

Проведенное нами исследование свидетельствует о высокой клинической эффективности применения транексамовой кислоты для лечения акушерских кровотечений: достоверно снижается объем кровопотери, позволяет снизить частоту

применения хирургических методов остановки кровотечений, уменьшение объема кровопотери снижает необходимость в переливании компонентов крови и дорогостоящих факторов свертывания крови.

Гладкова Т.А.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА РАЗВИТИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Научный руководитель: профессор Щербаков А.Ю.

Главной проблемой при ведении родов у беременных с рубцом на матке является оценка степени риска разрыва матки по рубцу. На основании современного мирового опыта было доказано, что у 80% женщин с кесаревым сечением (КС) в анамнезе роды не сопровождались осложнениями, а частота разрывов матки у таких пациенток при родоразрешении через естественные родовые пути не превышает 0.5 - 1%. На сегодняшний день, не смотря на невысокую информативность, основным методом диагностики несостоятельности рубца является УЗИ. Однако существует, если не альтернативный, то по крайней мере дополнительный метод диагностики состоятельности рубца - определение уровня прогестерона и прогестероновых рецепторов. Известно, что прогестерон, связываясь со специфическими рецепторами в цитозоле утеромиоцитов, оказывает блокирующее действие на развитие преждевременной родовой деятельности. На основании результатов ранее проведенных исследований было выявлено, что концентрация прогестерона у беременных после первого и повторного КС существенно ниже, чем у беременных после физиологических родов. Но решающее значение в выделении группы риска беременных с рубцом на матке играет определение уровня прогестероновых рецепторов, обуславливающих чувствительность миометрия к прогестерону.

Цель работы - доказать, что определение концентрации прогестерона и величины соотношения прогестероновых и эстрадиоловых рецепторов может служить дополнительным критерием в оценке состоятельности рубца и позволяет прогнозировать исход родов через естественные родовые пути с большей достоверностью.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное когортное исследование. Контрольную группу составили беременные с интактной маткой. Уровень рецепторов прогестерона определяли путем исследования биоптатов миометрия, полученных интраоперационно при повторном КС, а так же путем конхотомии шейки матки при родоразрешении через естественные родовые пути и радиолигандным методом, связывая ³H-прогестерон и ³H-эстрадиол с рецептором P4 и E2 соответственно (методика EORTC Breast Cancer Group, 1982).

Результаты исследований. Уровень прогестероновых рецепторов у пациенток с несостоятельным рубцом на матке оказался в 1,5 раз выше по сравнению с контрольной группой и в 1,6 раз - чем у пациенток с состоятельным рубцом. Кроме того тем же радиолигандным методом был определен уровень эстрогеновых рецепторов и рассчитана величина соотношения эстрогеновых и прогестероновых рецепторов (RP/RE). Коэффициент RP/RE у беременных с несостоятельным рубцом доходил до 2,4. Величина данного показателя в контрольной группе от 1 до 2.

Выводы. В ходе исследования была выявлена и доказана закономерность в увеличении уровня рецепторов P4 у беременных с несостоятельным рубцом на матке. Диагноз "несостоятельный рубец" у исследуемой группы устанавливался

интраоперационно. У женщин с КС в анамнезе концентрация прогестона в крови была ниже чем в контрольной группе. Таким образом мы видим, что высокий уровень прогестероновых рецепторов на фоне снижения концентрации прогестерона обуславливает низкую чувствительность миометрия к этому гормону, функциональную несостоятельность миометрия, предрасполагает к преждевременной родовой деятельности и интенсификации сократительной активности, что в случае несостоятельности рубца чревато разрывом матки. Результаты исследования позволяют сделать обоснованное заключение, что у беременных с КС в анамнезе определение уровня прогестероновых рецепторов и показатель коэффициента RP/RE может быть принят за достоверный критерий диагностики несостоятельности рубца и служить дополнительным методом в установлении данного диагноза.

Градиль О.Г., Темникова А.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

В настоящее время проблема женского бесплодия имеет место в странах европейского континента. В частности, по данным Министерства здравоохранения Украины, уровень бесплодия в нашей стране достигает 20%, т. е. примерно каждая пятая из 15 млн. пар в Украине не может зачать ребенка традиционным способом.

Одним из препятствий для реализации подобных планов становится возрастной фактор, который, начиная примерно с 35 лет, с каждым последующим прожитым годом, прогрессивно ограничивает возможность женщины стать матерью. Это связано с возрастным снижением овариального резерва.

В исследовании приняли участие 64 женщины позднего репродуктивного возраста (от 35 до 43 лет), составивших основную группу. Группа контроля была представлена лицами женского пола от 18 до 34 лет, не предъявляющих жалоб на состояние здоровья. Всем пациенткам поведен комплекс общеклинических, лабораторных и инструментальных обследований (исследование уровней гормонов, УЗИ органов малого таза).

В основной группе наблюдались крайне низкие показатели овариального резерва (менструальный цикл (МЦ)-27 дней, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) >10 мМЕ/мл на 4й день МЦ, антимюллеров гормон (АМГ) <1 нг/мл, число антральных фолликулов (ЧАФ) по данным УЗИ <5 в каждом яичнике). В результате исследования контрольной группы выявлено бимодальный характер разброса данных, в связи с чем было выделено две подгруппы. В первую подгруппу входили лица женского пола от 18 до 29 лет (МЦ составил 28-30 дней; ФСГ- 4,5-6,5 мМЕ/мл; АМГ - 2-2,5 нг/мл; ЧАФ - 11). Во вторую – от 30 до 34 лет (МЦ- 27-28 дней; ФСГ - 6,6-9,5 мМЕ/мл; АМГ - 1-1,9 нг/мл; ЧАФ - 10). Состояние овариального резерва коррелирует с возрастом пациенток. У женщин до 35 лет нормальный овариальный резерв имеет место в 75%, в возрасте от 35 до 40 лет лишь в 22% случаев, а у всех пациенток старше 40 лет выявлен сниженный или крайне низкий овариальный резерв. Эффективность программ ВРТ у женщин позднего репродуктивного возраста не зависит от схем стимуляции функции яичников, а определяется состоянием овариального резерва и напрямую зависит от качества и количества полученных ооцитов после проведения овариальной стимуляции. Возраст 42 года определяется как критический для получения собственных ооцитов в программах ВРТ.

Дынник А.А., Заец О.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

Сохранение репродуктивного здоровья девочки одна из главных задач современной медицины. Пубертатные маточные кровотечения являются одной из наиболее распространенных патологий, с которой сталкивается в своей практике детский гинеколог. Маточные кровотечения пубертатного периода часто приводят к стойким нарушениям менструальной функции в репродуктивном возрасте.

Целью нашей работы явилось изучение особенностей анамнеза жизни матерей и течения перинатального периода больных с ПМК.

Был проведен генеалогический анализ в 50 семье девочек-подростков, обратившихся с жалобами на ПМК в ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН». Сбор генеалогического материала производился по П. Харперу. Группу сравнения составили 25 семей здоровых подростков. Статистический анализ проведен с использованием компьютерных программ Excel, «SPSS Statistics 17,0».

К факторам риска развития репродуктивных нарушений относят патологическое течение беременности и родов, вредные привычки, влияние окружающей среды, стрессовые ситуации. У 17,6 % матерей еще до наступления беременности у пациенток отмечалась производственная вредность. У 66,7 % течение беременности носило осложненный характер. Патологическое течение беременности, а это гестозы II половины, угроза прерывания, анемии регистрировались в 1,6 раза чаще, чем в группе сравнения. Во время беременности испытывали сильный эмоциональный стресс 43,1 % мам обследованных девочек с ПМК и только 18,5 % матерей девочек-подростков из группы сравнения ($p < 0.05$). Курили на момент зачатия ребенка 13,1 % матерей девочек с ПМК и только 9,1 % из группы сравнения ($p < 0.05$).

Большое значение на дальнейшее состояние здоровья ребенка имеет течение интранатального периода. Осложнения во время родов также чаще возникали у матерей больных с ПМК 21,6 % против 14,8 % в группе сравнения ($p < 0.05$).

Хронический эмоциональный стресс вызывает расстройства менструальной функции и нарушения полового развития. Он может возникать вследствие неблагоприятных факторов микросоциальной среды и особенностей воспитания. Большинство пациенток с ПМК испытывали эмоциональный стресс, как в школе, так и в семье 66,7 %, что достоверно чаще чем в группе сравнения (48,1%). ($p < 0.01$)

Возраст родителей на момент рождения является фактором риска возможных нарушений в будущем у ребенка, особенно в периоде пубертата. Родители, чей возраст на момент рождения нашего ребенка не превышал 19 лет, составили 13,8 %. Как правило, юными в семье были матери. 73,7 % родителей рожали наших пациенток в возрасте от 20 до 30 лет После 30-35 лет рожали наших девочек 12,5 % родителей, причем у 7,2% возраст обоих родителей был старше 30-35 лет. При возрасте матери 35 и более лет возраст отца на момент рождения ребенка в 83,3 % тоже был выше 35 лет.

На основании проведенного исследования для выделения факторов риска относительно формирования ПМК была определена прогностическая значимость исходных анамнестических данных. Наибольшую информативность имели: наследственная отягощенность по заболеваниям репродуктивной системы, искусственное вскармливание ребенка,

вредные привычки, психоэмоциональный стресс у матери на момент зачатия, патологическое течение беременности и родов, деструктивная семья, в которой воспитывается девочка.

Ивашенко А.И.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра акушерства и гинекологии №1

Научные руководители: д. мед. н., проф. Липко О.П.,

д. мед. н., проф. Потапова Л.В.

Отсутствие биологической готовности организма к родам и незрелость шейки матки неблагоприятно сказываются на развитии регулярной родовой деятельности. При незрелой шейке матки в настоящее время используются различные способы подготовки организма беременных к родам: немедикаментозные, механические и медикаментозные. В настоящее время установлено, что кроме эстроген-прогестеронового воздействия на шейку матки к концу беременности важную роль играет кортизол, тормозящий выработку цитокинов, способствующий увеличению продукции простагландина E_2 , угнетающий действие прогестерона.

Целью исследования явилось усовершенствование тактики подготовки шейки матки к родам.

Под наблюдением находилось 27 женщин в сроке беременности 39-40 недель. Основную группу составили 19 беременных (70,38 %), у которых к 39 неделям беременности шейка матки была незрелой и оценена по шкале Бишопа 0-3 балла. Контрольную группу составили 8 беременных (29,62 %), у которых к 39 неделям шейка матки была зрелая и составила по шкале Бишопа больше 6 баллов. В основной группе беременных проведена подготовка шейки матки к родам 1 % гидрокортизоновой мазью, которая вводилась в виде тампонов в цервикальный канал в течение 5-7 дней.

В результате проведенных биохимических исследований обнаружено, что перед родами содержание кортизола в плазме крови у беременных основной группы было достоверно ниже, по сравнению с контрольной ($368,85 \pm 47,12$ нМоль/л, соответственно $567,35 \pm 62,12$ нМоль/л в контрольной группе ($p < 0,05$)). После проведенной подготовки шейки матки 1% гидрокортизоновой мазью спонтанная родовая деятельность у пациенток основной группы развилась у 68,42 %, программированные роды – у 26,32 %, у 5,26 % женщин роды осложнились родовым излитием вод. Содержание кортизола повысилось и составило $526,83 \pm 72,41$ нМоль/л.

Таким образом, использование интрацервикально тампонов с 1 % гидрокортизоновой мазью в течение 5-7 дней оказывает положительное влияние на состояние шейки матки и позволяет рекомендовать их для родовой подготовки шейки матки.

Кисель Е.И.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕНЩИН С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет

кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель – к. мед. н., асс. Куричёва Н.Ю.

Период перименопаузы остается еще недостаточно изученным по совокупности оценки нейрогуморальных процессов, происходящих в организме женщины и проявляющихся в органах-мишенях, одним из которых является матка и собственно эндометрий.

Цель и задачи. Совершенствование традиционных подходов к диагностике и лечению больных с гиперпластическими процессами эндометрия в перименопаузальном периоде, сопровождающимися аномальными маточными кровотечениями, в строгом соответствии с возрастными характеристиками обследуемых и учетом факторов риска.

Материалы и методы. На основе привлеченного клинического материала, обобщающего наблюдения за 115 женщинами в возрасте 45-55 лет в перименопаузальном периоде, нами изучены признаки, характеризующие состояние эндометрия в перименопаузальном периоде в сочетании с оценкой показателей минеральной плотности костной ткани.

Рассматривая ультразвуковое исследование основным, неинвазивным и безвредным, что позволяет применять метод многократно, исследовали объем и качество диагностической информации, предоставляемой с его помощью у женщин перименопаузального периода. Эффективность трансабдоминального УЗИ в перименопаузальном периоде составила по критерию точности 82,5%, чувствительности — 78,4% и специфичности — 87,3%. Эти показатели выявили целесообразность использования примерно у 15% больных перименопаузального периода возможностей трансвагинального и доплеровского УЗИ, подтвердивших, что размеры М-эхо, устойчиво определяемые при динамическом УЗИ в перименопаузе 6-8 мм с утратой четкости контура эндометрий/миометрий свидетельствуют о вероятности злокачественной трансформации, что особенно согласуется с динамическим снижением индекса резистентности с 0,6-0,8 до 0,4-0,5 при доплеровском сканировании.

Выводы и рекомендации. Была разработана индивидуальная терапевтическая тактика для пациенток перименопаузального периода с различными показателями комплексного динамического диагностического исследования: 1. При благоприятном онкоанамнезе, УЗ-признаках нормального течения перименопаузы или атрофии эндометрия специальное лечение не показано; 2. УЗ-признаки симптомной миомы матки и симптомного внутреннего эндометриоза (неэффективное гормональное лечение) не требуют диагностического выскабливания, а состояние эндометрия оценивают по результатам аспирационной биопсии (по показаниям после гистероскопии) — хирургическое лечение в гинекологическом стационаре; 3. Ультразвуковые морфологические признаки прогрессирующей атипической гиперплазии эндометрия перименопаузального периода требуют хирургического лечения в специализированном стационаре. Таким образом, данная стратегия позволяет повысить эффективность обнаружения доброкачественных и злокачественных заболеваний эндометрия с обоснованным привлечением современных диагностических методов, а также индивидуализировать тактику ведения женщин перименопаузального периода с патологическими процессами эндометрия.

Ковель А.Ф.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель – к. мед. н., асс. Сухина Н.П.

Гиперпластические процессы миометрия до настоящего времени представляют собой сложную и многогранную проблему медицины. Приблизительно 1/3 пациенток оперативной гинекологии составляют женщины с миомой матки, однако до настоящего времени отсутствует единое мнение хирургов относительно выбора предоперационной подготовки.

Целью работы явилось сравнение эффективности предоперационной подготовки при консервативной миомэктомии, оценка объема вмешательства, количество интра и постоперационных осложнений при использовании препаратов агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) или препарата антипрогестинового ряда мифепристон.

В работе 23 пациенткам с лейомиомой матки перед операцией проводилась подготовка аГнРГ или мифепристомом в рекомендуемых дозировках, 13 пациенткам контрольной группы подготовка не проводилась.

На фоне предоперационной подготовки в течение 3 месяцев происходило уменьшение размера лейомиоматозных узлов на 20-40%, что способствовало облегчению миомэктомии, уменьшению времени операции. Однако, наряду с этим следует отметить большую кровоточивость при выделении узлов, особенно выраженную при подготовке аГнРГ, что, вероятно, связано с склерозированием лейомиом и развитием трабекулярных сращений с окружающими тканями. Вышеперечисленное оставляет вопрос сравнения травматичности консервативной миомэктомии после различных видов подготовки открытым, требующим дополнительного исследования.

Коломацкая Д.В.
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
МИОМЭКТОМИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

Лапароскопическая миомэктомия (ЛМ) приобрела широкое распространение как хирургический метод лечения лейомиомы матки с немногочисленными интрамуральными и субсерозными узлами <5 см в диаметре. По сравнению с лапаротомическим удалением узлов, ЛМ обладает рядом преимуществ: уменьшение болевого синдрома в послеоперационном периоде, более короткий период пребывания в лечебном учреждении и ускоренное восстановление репродуктивной функции.

В исследовании приняло участие 64 женщины (средний возраст $34,1 \pm 3,6$ лет), планирующих беременность. Показания к операции ЛМ: болевой синдром (77,8%), рецидивирующие кровотечения (53,1 %), бесплодие (20,8%). Среднее число миом составило $3,0 \pm 2,9$ и средний размер составил $5,9 \pm 3,0$ см. Локализация узлов в 52,4 % случаев интрамуральная, в 42,9% субсерозная, а в 4,7% узел на ножке. В 48% (n=31) наблюдалось наступление беременности. Из 25 беременностей 5 закончилась вагинальными родами в срок, оперативное родоразрешение проводилось в 20 случаях в сроке гестации 37-38 нед, один случай в сроке гестации 34 нед. В 16% (n=5) наблюдалось самопроизвольное прерывание беременности в первом триместре, в 3% (n=1) имело место внематочная беременность. Не зафиксировано ни одного случая разрыва матки во время беременности или при родах. Те, кто имел интрамуральную локализацию узлов, были наиболее склонны к развитию осложнений во время беременности. Частота наступления беременности отрицательно коррелирует с диаметром наибольшего миоматозного узла ($1,06$, 95% [1,02-1,10], $p=0,004$) и с возрастом пациенток на момент ЛМ ($0,88$, 95% [0,80-0,98], $p=0,02$). Для пациенток репродуктивного возраста которые планируют беременность ЛМ является методом выбора при условии соответствующей подготовки хирурга, поскольку может уменьшить риск послеоперационных спаек по сравнению с лапаротомией.

Коновал А.О.

**КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ПОРУШЕННЯ ІМУНІТЕТУ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №2**

Научный руководитель – доктор мед. наук, профессор Парашук Ю.С.

Актуальність теми: затяжний перебіг запальних процесів, що пов'язаний зі зниженням захисних систем організму, а саме порушенням фагоцитарної ланки імунітету, призводить до розвитку злукowego процесу та погіршення репродуктивного здоров'я. При цьому мікробіоценоз статевих шляхів впливає на тривалість та вираженість запального процесу, що дає підставу для впровадження схем комплексного лікування жінок з запальними захворюваннями органів малого тазу.

Мета дослідження: покращення терапії запальних захворювань органів малого тазу на підставі визначення стану фагоцитозу.

Матеріали та методи: проведено клініко-лабораторне обстеження 60 пацієнток віком від 25 до 39 років з запальними захворюваннями малого тазу. Групи пацієнток: 1-група – пацієнтки (n=20) з запальними захворюваннями в анамнезі до 10 років, 2-група – пацієнтки (n=20) - понад 10 років; 3-група – пацієнти (n=20) з запальними захворюваннями, яким проводилась консервативна терапія з включенням імуномодельюючих біологічних препаратів; 4-група - контрольна група (n=20). Стан фагоцитозу вивчали на підставі визначення циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), фагоцитарного індексу (ФІ) та фагоцитарного числа (ФЧ) у цервікальному та вагінальному секретах.

Результати: ФЧ нейтрофілів цервікального та вагінального секретів 1 групи ($2,2 \pm 0,32$ й $2,9 \pm 0,34$ ум.од.) та 2 групи ($2,3 \pm 0,31$ й $2,5 \pm 0,28$ ум.од. відповідно) та їх поглинальна здатність (ФІ) 1 групі - $48,1 \pm 2,3$ й $50,1 \pm 2,1\%$ та 2 групи – $42,6 \pm 2,5$ й $46,5 \pm 2,1\%$ відповідно, були нижче контрольних значень ($6,9 \pm 0,5$ й $7,7 \pm 0,4\%$ ум.од. відповідно), $p < 0,05$. При запальних захворюваннях виявлено достовірне збільшення титру ЦІК в основних групах ($19,2 \pm 0,68$ та $14,85 \pm 0,93$ ум.од. відповідно) порівняно з контрольною групою ($11 \pm 0,51$ ум.од.), $p < 0,05$. Ці показники вказують на неповноцінність клітин, що фагоцитують на фоні тривалої персистенції антигену в організмі, що підтверджується високою кількістю бактеріальних клітин в секреті піхви. При застосуванні імуномодельюючих біологічних препаратів пацієнтками 3 групи, була встановлена нормалізація показників фагоцитарної ланки імунітету в цервікальному та вагінальному секретах: ФІ склав $73,7 \pm 1,2$ й $74,1 \pm 3,7\%$ відповідно, ФЧ - $5,8 \pm 0,26$ й $4,6 \pm 0,57$ ум.од. відповідно, кількість ЦІК становила $12,48 \pm 0,95$ ум.од, $p < 0,05$.

Висновок: після отримання консервативної терапії з включенням імуномодельюючих біологічних препаратів пацієнтам з порушенням стану фагоцитозу на тлі запальних захворювань малого тазу, визначається нормалізація показників фагоцитарної ланки імунітету, що свідчить про ефективність комплексної терапії.

Кузьмина О.А., Иванова Т.А.

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УГРОЗЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

Цель исследования: изучить цитокиновые и иммунологические диагностические критерии угрозы аборта в первом триместре.

Материал и методы. Обследованы 50 беременных, входившие в группу риска по развитию угрозы аборта в первом триместре беременности на фоне гипопрогестеронемии. Показатели клеточного иммунитета оценивались по субпопуляционному составу Т-лимфоцитов $CD4^+$ и $CD8^+$, а также по уровню иммунорегуляторного индекса (ИРИ). Изучение цитокинового статуса беременных состояло в исследовании концентрации регуляторных цитокинов IFN- γ и IL-10 и цитокинового коэффициента IFN- γ /IL-10.

Результаты и их обсуждение. Выявлены изменения ряда параметров иммунограммы при невынашивании беременности, при этом наиболее достоверным и ранним маркером формирующейся угрозы аборта был цитокиновый коэффициент IFN- γ /IL-10 и ИРИ. Диагностический показатель в виде цитокинового коэффициента IFN- γ /IL-10 составил $0,50 \pm 0,05$, диагностический показатель в виде ИРИ - $1,79 \pm 0,08$. Данная методика позволяет выявить нарушение толерантности иммунной системы матери к эмбриону (плоду) и прогнозировать угрозу невынашивания беременности более точно. Полученные данные свидетельствовали о физиологической иммуносупрессии и формировании иммунологической толерантности к развивающейся беременности.

Выводы. Новая методика диагностики угрозы невынашивания беременности ранних сроков, заключающаяся в одновременном определении цитокинового коэффициента IFN- γ /IL-10 и ИРИ и позволяет диагностировать угрозу аборта более точно, за 2 недели до появления клинических признаков.

Кутовая М. В.

РОЛЬ L-АРГИНИНА В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

Актуальность. Преэклампсия является серьезной проблемой здравоохранения во время беременности, осложняя течение 2-8% беременностей. L-аргинин является важным медиатором вазодилатации с потенциальной ролью в профилактически связанных с беременностью гипертензиями заболеваний.

Цель: оценить роль L-аргинина в профилактике и лечении преэклампсии.

Материалы. В исследовании приняло участие 64 женщин (в сроке гестации 33-37 недель) с преэклампсией легкой степени, без экстрагенитальной патологии. Было выделено группу исследования А (n = 32) и контрольную группу В (n = 32). Всем пациенткам в условиях дневного стационара согласно приказа МОЗ Украины №676 проводилось лабораторное обследование: общий анализ мочи, суточная протеинурия, креатинин и мочевины плазмы крови, гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов, коагулограмма, АлАТ, АсАТ, доплерометрическая оценка состояния маточно-плацентарного кровотока и плода, мониторинг артериального давления, контроль водного баланса и измерение отеков, тест двигательной активности плода, соблюдение режима труда и отдыха без ограничения приема жидкости и поваренной соли. Пациентки А группы кроме перечисленных мероприятий получали L-аргинин в форме сиропа по одной столовой ложке три раза в сутки на протяжении 5 недель с перерывом в одну неделю.

Результаты. В исследуемой группе беременных (группа А), получавших L-аргинин, в 78,1% (n = 25) наблюдалась положительная динамика в виде нормализации лабораторных показателей и стабилизации АД, не выявлено ни одного случая перехода преэклампсии в среднюю степень тяжести. В контрольной группе (группа

В) в 31,3% (n = 10) наблюдалось стабилизация лабораторных показателей, в 37,4% (n=12) без изменений, в 32,3% (n=10) наблюдались ухудшения лабораторных и ультразвуковых показателей состояния матери и плода, лечение проводилось в стационаре согласно принципам ведения преэклампсии средней степени.

Выводы. L-аргинин может быть предложен в качестве терапевтического средства в сочетании с остальными рекомендациями по ведению беременных с преэклампсией легкой степени, поскольку вызывает стабилизацию клинико-лабораторных показателей, оказывает положительный эффект на общую динамику заболевания, уменьшает процент госпитализации беременных связанных с прогрессированием преэклампсии.

Молнар О.В.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Аралов О.Н.

Актуальность. Проблема невынашивания беременности до настоящего времени остается одной из наиболее сложных в современном акушерстве. Частота этой патологии стабильно высокая и составляет 15 – 20% исходов всех беременностей и не имеет тенденции к снижению.

Цель. Оценить эффективность терапевтического комплекса веществ: Неомидин, Нистатин, Полимиксин В в профилактике невынашивания беременности у женщин.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 53 беременных в сроке 20 – 22 недели. Первую группу исследования составили 31 беременная (53,49%) с двумя и более выкидышами лечением комплексом веществ: Неомидина сульфат, Нистатин, Полимиксина В сульфат. Вторую группу составили 22 беременных (41,51%) с привычным невынашиванием, с применением Хлоргексидина интравагинально. Исследования проводились на базе КУОЗ «Харьковский областной клинический перинатальный центр» (главный врач доцент Н.М. Пасиешвили). Всем беременным исследуемых групп проводили лабораторные методы исследования: полимеразная цепная реакция, посевы на неспецифическую флору с использованием тест систем, бактериоскопию.

Результаты исследования и их обсуждения. В результате проведенного исследования в изучении исходов предыдущих беременностей, все пациентки обеих исследуемых групп, были повторно беременными. При обследовании: мазки 3 – 4 степени чистоты были выявлены в I группе у 53,87%, II группа – 65,87%. После лечения комплексом веществ (I группа) 3-я – 4-я степени чистоты влагалища выявлены у 15,32% женщин, а при использовании Хлоргексидина интравагинально (II группа) составила – 42,18%. В I группе – роды в сроке 37 – 42 недель составили 66%, а II группе – 34%.

Вывод. На основании проведенного исследования нами установлено, что проведение антисептической профилактики с ранних сроков беременности с использованием комплекса веществ является более эффективным, что позволяет уменьшить процент невынашивания беременности.

Литвинова А.В.
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С
СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1
Научный руководитель – д. мед. н., проф. Кузьмина И.Ю.

Цель исследования: изучить особенности состояния репродуктивной функции пациенток с синдромом поликистозных яичников (СПКЯ) и различными типами ожирения.

Материал и методы: Проведен анализ 82 истории болезни женщин с ожирением (индекс массы тела >30 кг/м²). В зависимости от типа распределения подкожного жира женщин распределили на две группы: 1-я – с глутеофеморальным (38) и 2-я – с абдоминальным (44) типом ожирения. Изучались особенности гинекологического и репродуктивного анамнеза.

Результаты: Проведенное исследование не выявило различий в репродуктивном анамнезе у женщин с СПКЯ и разными типами ожирения. У женщин обеих групп наблюдалось первичное бесплодие в 80- 88%. В то же время, имелись достоверные различия в гинекологическом анамнезе по характеру менструальной функции и частоте эндокринозависимой патологии. При глутеофеморальном ожирении чаще регистрировались олигоменорея или дисфункциональные маточные кровотечения, чаще по типу менометроррагии. У пациентов выявлялись миома матки (6 %), мастопатия (14 %) и гиперплазия эндометрия (22 %). При абдоминальном типе отложения жира чаще наблюдалась аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения по типу атрезии фолликула и персистенции желтого тела.

Выводы: обнаруженные различия в анамнезе между пациентами с СПКЯ и разными формами ожирения свидетельствуют о наличии особенностей течения синдрома у данных пациенток, что требует дальнейшего изучения с целью индивидуальных подходов к их лечению и профилактике заболеваний.

Маракушина Є.А., Мальцев Г.В., Вигівська Л.А., Рогачова Н.Ш., Демиденко О.Д.
ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ
У ВАГІТНИХ З ГЕСТАЦІЙНИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ
Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства,гінекології та дитячої гінекології,
Науковий керівник – д.мед.н. Тучкіна І.О.

Однією з актуальних проблем сучасного акушерства є гестаційний пієлонефрит у вагітних, який складає 10% від загальної кількості пологів. З 2000 по 2010 р.р. частота пієлонефриту, за даними МОЗ України, у вагітних зросла в 3,6 рази. У жінок пієлонефрит в 75% випадків розвивається до 40 років, частіше під час вагітності. Це обмежує їх репродуктивну функцію, веде до народження дітей, схильних до захворювань нирок. Гестаційний пієлонефрит має негативний вплив на перебіг вагітності і стан плода. У свою чергу вагітність провокує часте загострення пієлонефриту і почастішання нападів ниркової коліки. Більшість дітей народжується з ознаками внутрішньоутробної інфекції та вираженим синдромом дезадаптації.

Мета роботи. Виявити особливості гемодинамічних порушень матково-плацентарно-плодового кровотоку у вагітних з гестаційним пієлонефритом.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі Харківського міського пологового будинку №1. Всього обстежено 160 вагітних у терміни гестації 30-37

тижнів. Залежно від особливостей клінічного перебігу пієлонефриту вагітні були поділені на 3 клінічні групи. I клінічну групу склали 75 (46,9%) вагітних з гестаційним пієлонефритом без уростаза. II клінічну групу склали 50 (31,25%) вагітних з гестаційним пієлонефритом з уростазом. III клінічну групу склали 35 (21,85%) вагітних з гестаційним пієлонефритом з уростазом, які вимагали хірургічної корекції. Діагноз верифікували клініко-лабораторними методами і стандартним ехографічним дослідженням нирок. Всім вагітним після клініко-лабораторних досліджень проводилося ультразвукове дослідження сечовидільної системи, стану плода та доплерометричне дослідження матково-плацентарно-плодового кровотоку.

Результати та їх обговорення. У 23 (31,25%) вагітних I клінічної групи відзначалося порушення гемодинаміки за плодово-плацентарним типом, що характеризувалося зростанням індексу судинної резистентності (ІР) $0,74 \pm 0,02$, систоло-діастолічного відношення (СДВ) $3,84 \pm 0,26$, та пульсаційного індексу (ПІ) $1,17 \pm 0,04$ в артеріях пуповини. У II клінічній групі гемодинамічні зміни в системі мати-плацента-плід були виявлені у 9 (18,75%) вагітних та виражалися в порушенні гемодинаміки за матково-плацентарним типом (зростання ІР $0,72 \pm 0,01$, СДВ $3,57 \pm 0,11$ та ПІ $1,42 \pm 0,73$ в маткових артеріях). У 4 (12,5%) вагітних III клінічної групи діагностовано порушення гемодинаміки за плодово-плацентарним і матково-плацентарним типом, при цьому у 2 (6,25%) виявлено критичне порушення кровотоку (нульовий діастолічний компонент в артерії пуповини).

Висновки. 1. У вагітних з пієлонефритом без уростаза найбільш виражені доплерометричні зміни у плодово-плацентарному руслі. 2. У вагітних з пієлонефритом і уростазом найбільш виражені доплерометричні зміни в матково-плацентарному руслі, що свідчить про компресію маткових артерій ділятованими верхніми відділами сечовивідних шляхів. 3. Найбільш виражені доплерометричні зміни у плодово-плацентарному руслі зустрічалися у вагітних з гестаційним пієлонефритом з уростазом, які вимагали хірургічної корекції, що свідчить про формування плацентарної дисфункції на тлі хронічної ниркової патології.

Паламарчук В.В., Дудниченко Н.А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии**

Научный руководитель – д.мед.н. Тучкина И.А.

Актуальность. Последние годы наметилась тенденция к омоложению контингента прооперированных женщин. Вид операций, которые приводят к потере синтеза половых гормонов, большой, что сопровождается нарушением гормонального гомеостаза и, как следствие, изменением качества жизни. На сегодняшний день нет единого мнения по поводу зависимости активности щитовидной железы от гормональной функции яичников. В литературе отсутствуют данные про алгоритм комплексного обследования женщин перименопаузального возраста с клиническими проявлениями нарушений тиреоидного статуса и наличия климактерического синдрома.

Цель. Изучение течения менопаузального синдрома с учетом особенностей функционального состояния щитовидной железы.

Материалы и методы. Было обследовано 160 женщин в возрасте от 40 до 55 лет. I группа – 40 женщин с природной менопаузой (ПМ), без заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) и не получавшие заместительную гормонотерапию (ЗГТ) по поводу

климактерического синдрома. II группа – 40 женщин с ПМ, без заболеваний ЩЖ, но с диагностированным субклиническим гипотиреозом (СГ) в период менопаузы (М) и не получавшие ЗГТ. III группа – 40 женщин с хирургической менопаузой (ХМ), без заболеваний ЩЖ и не получавшие ЗГТ. IV группа – 40 женщин с ХМ, без заболеваний ЩЖ, но с диагностированным СГ в период М и не получавшие ЗГТ. Определялись уровни гормонов ТТГ, T_3 , T_4 в крови женщин. Диагностика структурно-функционального состояния ЩЖ проводилась с учетом данных УЗИ. Оценка особенностей течения климактерического синдрома (КС) проведена путем расчета индекса Куппермана (ИК) и менопаузального индекса (МПИ). Результаты исследований обработаны методами вариационной статистики с использованием современных стандартных компьютерных программ.

Результаты исследования. Изучение тиреоидного статуса у женщин исследуемых групп в периоде М показало, что в группе женщин с ХМ снижение функциональной активности ЩЖ более выражено и составляет 65%, в сравнении с женщинами с ПМ, где этот показатель составляет 7,5%. В результате активного опроса пациенток обследованных групп, выявлен выраженный полиморфизм жалоб, у женщин с СГ независимо от этиологии М. При сравнительной оценке клинических особенностей течения КС у женщин исследуемых групп выявлена существенная разница между группами, у которых разный тиреоидный статус. Так у женщин с СТ независимо от генеза М преобладали нейровегетативные (НВН) (ХМ – 65%; ПМ – 67,5%) и психоэмоциональные нарушения (ПЭН) (ХМ – 65%; ПМ – 67,5%). Эти нарушения проявились в большинстве средней степенью выраженности у женщин с ХМ (НВН – 32,5%; ПЭН – 35%). У женщин с ПМ и СГ НВН (67,5%) и ПЭН (67,5%) разделились в равной части между нарушениями средней (по 32,5%) и легкой (по 32,5%) степени выраженности. В их структуре преобладали «приливы», снижение трудоспособности, нарушение либидо, ознобы, нарушение сна. Определив показатель МПИ, обменно-эндокринных нарушений для основных групп (у женщин с СГ – 67,5%, у женщин без СГ – 47,5%) и групп сравнения (у женщин с СГ – 65%, у женщин без СГ 35%) установлено, что количественный уровень был достоверно высокий у женщин, у которых в анамнезе имела место радикальная овариэктомия ($12,5 \pm 0,6$ баллов и $9,5 \pm 0,3$ балла против $7,8 \pm 0,3$ и $4,5 \pm 0,8$) ($p < 0,05$). Общее значение МПИ у женщин с СГ на фоне хирургической ХМ ($49 \pm 1,5$) достоверно выше в сравнении с женщинами других исследуемых групп ($31,5 \pm 1,5$; $18,5 \pm 1,5$; $46,5 \pm 1,5$).

Выводы. Менопауза хирургического генеза является стрессовой ситуацией для организма, которая на фоне функциональной недостаточности щитовидной железы, приводит к развитию климактерического синдрома средней и тяжелой степени тяжести за короткий период времени.

Ремнева В.А., Коновал А.А.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №2**

Научный руководитель – доктор мед. наук, профессор Ю.С.Паращук

Значение факторов гуморального и клеточного иммунитета, роль цитокинов в патогенезе хронического сальпингоофорита (ХСО) еще недостаточно изучены. Известно, что защитная роль провоспалительных цитокинов проявляется тогда, когда эти медиаторы работают локально, в очаге воспаления, однако их системная

продукция не означает высокой эффективности противоинфекционного иммунитета. Вопреки этому, избыточная и генерализованная продукция провоспалительных цитокинов приводит к развитию органных дисфункций.

Цель исследования. Изучить состояние иммунного и цитокинового статуса у женщин с бесплодием на фоне ХСО.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели было обследовано 60 женщин в возрасте от 25 до 39 лет с бесплодием на фоне ХСО (I группа) и 20 женщин с бесплодием без сальпингоофорита (II группа). Определение субпопуляций Т- и В-лимфоцитов в периферической крови проводилось путем постановки реакции иммунофлюоресценции с использованием моноклональных антител. Фагоцитарная активность нейтрофилов исследовалась по способности поглощать частицы полистирольного латекса.

Результаты. Для обеих групп больных характерно снижение в периферической крови лейкоцитов и лимфоцитов. У всех пациенток с сальпингоофоритом выявлено снижение количества субпопуляций Т-лимфоцитов с маркерами дифференциации $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$. Также снижено соотношение $CD4^+/CD8^+$ и количество В-лимфоцитов. При определении цитокинового статуса установлено, что в I группе пациенток в анамнезе зафиксировано достоверное повышение концентраций $IL-1\beta$, $IL-6$, $TNF-\alpha$ по сравнению со II группой, а уровень противовоспалительного интерлейкина $IL-4$ был достоверно снижен. Средние уровни провоспалительных цитокинов пациенток с бесплодием на фоне ХСО в анамнезе достоверно превышали нормальные показатели, а противовоспалительных - были значительно снижены по сравнению со II группой, т.е. наблюдался дисбаланс цитокинового статуса.

Изученное структурно-функциональное состояние иммунной системы и цитокинового статуса при ХСО позволило выявить, что факторы агрессии патогенов активируют цитокиновый каскад и приводят к вторичному цитокин-зависимому иммунному дисбалансу. Длительная продукция провоспалительных цитокинов приводит к истощению клеточного звена иммунитета, ингибированию процессов неспецифической защиты организма.

Романенко А.О., Паращук В.Ю, Герасимова О.М.
СТАН ІМУНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК З СИНДРОМОМ СЛАБКОЇ
ВІДПОВІДІ ЯЄЧНИКІВ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №2

Научный руководитель – доктор мед. наук, профессор Паращук Ю.С.

Актуальність: Частота жінок з синдромом слабкої відповіді яєчників (ССВЯ) в спеціалізованих клініках екстракорпорального запліднення складає від 8% до 26%. Згідно з останніми даними ВООЗ, 18% подружніх пар в усьому світі страждають на безпліддя. В Україні частота безплідних шлюбів складає 13-24%, а у третини з них лікування залишається на всіх етапах неефективним. Відмічається ріст частоти безпліддя, який зумовлений частими абортами, нездоровим способом життя в зв'язку з шкідливими звичками, пізнім віком вступу в шлюб, підвищенням частоти ендокринних, імунних порушень, екстрагенітальних та запальних захворювань статеві системи у жінок репродуктивного віку. В останні роки такі пацієнти звертаються за допомогою в центри планування родини і після повного клінічного обстеження та лікування у 17% жінок виявляється ССВЯ.

Мета роботи: Виявлення та визначення імунологічних змін, які приймають участь у розвитку ССВЯ і розробити оптимальні шляхи медикаментозної корекції.

Матеріали та методи: Всього обстежено 30 жінок у яких був діагностований ССВЯ. Середній вік жінок склав $20,5 \pm 3$. Усім пацієнткам було призначено стандартний комплекс обстежень, який включав загально – клінічні методи обстеження, УЗД органів малого тазу, коагулограми, бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження піхвових виділень, а також гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ та естрадіолу). Окреме місце займало імунологічне дослідження (імунограма, вивчення IgA, IgG, IgM в сироватці крові жінок імуноферментним методом). Усі пацієнтки були поділені на 3 клінічні групи, відповідно до схеми лікування. I група – 10 жінок – контрольна (це жінки, у яких вагітність настигла фізіологічно – без застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). II група – 10 жінок з діагностованим ССВЯ, у яких разом з комплексною терапією корекція імунологічного стану проводилась імунокоректором – поліоксидонієм. III група – 10 жінок з діагностованим ССВЯ, у яких разом з комплексною терапією, корекція імунологічного стану проводилась імунокоректором – реополіглокіном.

Результати: Основними причинами розвитку ССВЯ виявлено зменшення фолікулярного резерву яєчників, їх передчасне старіння, а також зниження рівня естрадіолу та кількості (або дефекти) рецепторів до ФСГ. Має значення вік жінок. Механізм розвитку цього стану пов'язаний з пошкодженням фолікулярного апарату, ферментними та імунологічними порушеннями в організмі жінок, а також з патологією інших, крім яєчників, органів репродуктивної системи. Згідно з результатами отриманих обстежень імунологічного статусу пацієнток з ССВЯ в II групі і III групі у жінок було встановлено зниження IgA, IgG, IgM в сироватці крові. Жінки II групи отримували імунокоректор – поліоксидоній. Після проходження повного курсу імунологічної корекції стану у жінок II групи в 97% випадків, рівень IgA, IgG, IgM в сироватці крові був на належному рівні. В III групі жінки отримували імунокоректор – реополіглокін і у 86% пацієнток після повного проходження курсу лікування були нормалізовані показники IgA, IgG, IgM.

Проводячи аналіз отриманих досліджень зроблено висновок, що до розвитку ССВЯ призводить багато чинників і одне з провідних місць займають зміни в імунограмі обстежених пацієнток. На основі вивчених результатів змін в імунограмі, а також комплексного обстеження і лікування жінок з ССВЯ було запропоновано нові підходи до діагностики та медикаментозного лікування ССВЯ.

Висновок: В розвитку ССВЯ має значення стан імунологічної системи організму жінок, а застосування імунокоректорів проявляється позитивним впливом на загальну імунограму пацієнток.

Романченко К.В.

ВПЛИВ ВАГІТНОСТІ НА МЕТАБОЛІЗМ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Харківський Національний Університет ім. В.Н.Каразіна

Кафедра акушерства і гінекології

Науковий керівник: проф. Грищенко О.В., доц. Сторчак Г.В.

Кожний п'ятий випадок перинатальної смертності безпосередньо пов'язаний з патологією плаценти, що обумовлює підвищення частоти соматичної і інфекційної захворюваності новонароджених, являється причиною порушення фізичного і розумового розвитку у подальшому. За сучасними уявленнями центральну роль у патогенезі порушень функції в системі мати-плацента-плід належить пошкодження ендотеліальних клітин судин. Особливу увагу слід звернути на вагітних які страждають дисплазією сполучної тканини (ДСТ). ДСТ морфологічно характеризується змінами колагенових і еластичних фібрил, глікопротеїдів,

протеогліканов і фібробластів, в основі яких лежать спадкові мутації генів, які кодують синтез і просторову організацію колагена. Розповсюдженість недиференційованої ДСТ (нДСТ) від 20-25% до 85% (Земцовський Е.В., 2007).

Мета дослідження: дослідження особливостей метаболізму компонентів матрикса у вагітних з нДСТ для подальшої розробки матрикспротекторної терапії.

Матеріали та методи. Нами було досліджено 90 вагітних в строках гестації 8-37 тижнів. Контрольна група 30 вагітних з фізіологічним перебігом гестації, без соматичної патології та нДСТ. Основна група 60 вагітних з нДСТ різного ступеня тяжкості. Оцінка ступеня тяжкості нДСТ у вагітних проводилась за методикою Кадуріної Т.І., Абакумової Л.Н. (2008). Особливості метаболізму матрикса сполучної тканини у вагітних визначали за загальною концентрацією сульфатованих глікозаміногалактанів (ГАГ) в сироватці крові з послідуємим їх фракціонуванням, визначали сумарний вміст хондроїтинсульфатів та глікопротеїнів, в сечі за добу оцінювали екскрецію оксіпроліна та рівень уронових кислот.

Результати дослідження. У вагітних основної групи аналіз соматичної захворюваності виявив домінування серцево-судинних маркерів ДСТ. Враховуючи те, що стан судинної системи визначає успіх гестації, переважання серцево-судинних маркерів ДСТ пояснює гемодинамічні розлади, які мали місце у більшості вагітних з нДСТ. Відмічається прогресування судинної патології у пацієнток з нДСТ у II-III триместрі, а у 16 (26,6%) пацієнток судинна патологія в II триместрі була діагностована вперше, що дозволяє вважати вагітність провокуючим фактором для нДСТ. Вагітність у пацієнток з нДСТ супроводжується більш вираженими процесами розпаду як волокнистих структур сполучної тканини, так і основної речовини, ці процеси реєструються вже в I триместрі. Також виявлено достовірне підвищення в II триместрі рівня хондроїтинсульфатов (в 3,5 раза), глікопротеїнів в крові і оксіпроліна та уронових кислот в сечі, що можна пояснити активізацією ремоделювання сполучної тканини в ході другої хвилі інвазії трофобласта, активним фетогенезом, перебудовою плодовместилища та провізорних органів плода. Виражений прогресуючий дефіцит важкорозчинної фракції ГАГ (основний компонент – гепарансульфат) пояснює прогресування судинної патології та гемодинамічні розлади у вагітних з нДСТ тісно асоційовані з ендотеліальною дисфункцією.

Висновки. Отримані результати свідчать про прогресування диспластичних процесів під час вагітності, пояснюють причини судинних та гемостазіологічних розладів у вагітних з нДСТ, дозволяючи віднести їх до групи високого акушерського ризику. Враховуючи, що для досягнення клінічно значимого впливу потрібна тривала (місяці) матрикснопротекторна терапія, її необхідно розпочинати на етапі прегравідарної підготовки. Виявлений дефіцит гепарансульфата у вагітних з нДСТ в поєднанні з гемостазіологічними розладами визначає перспективність використання гепаріноідів для профілактики та лікування порушень гемодинаміки.

Салтовский А.В., Кравченко Е.С.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РОДОРАЗРЕШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ВО II ПЕРИОДЕ РОДОВ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель: д.м.н., профессор Щербина Н.А.

Периодически возникающая необходимость срочного завершения родов во II периоде до настоящего времени остается актуальной проблемой акушерства.

Наиболее действенными методами на сегодняшний день являются наложение акушерских щипцов, дошедшее до нас со времен братьев Чемберленов, и применение вакуум-экстракции плода, ставшее возможным с середины XX века благодаря научно-техническому прогрессу. Однако большое количество осложнений со стороны плода после применения данных операций требует оптимизации подходов при выборе необходимой операции.

Цели исследования: Сравнительная оценка эффективности и безопасности при наложении акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода, определение методов снижения травматизации плода при оперативном родоразрешении во II периоде родов, разработка практических рекомендаций по выбору и выполнению необходимых операций.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 42 беременных, у которых в связи с упорной вторичной слабостью родовой деятельности или развитием дистресса плода роды закончились оперативно во II периоде. У 27 беременных путем наложения с применением внутривенной (в/в) анестезии акушерских щипцов (полостных – у 17, выходных – у 10) и у 15 беременных с помощью аппарата системы KIWI с чашечкой Omni Cup применялась вакуум-экстракция плода (при головке в полости таза – у 11, на выходе из малого таза – у 4).

Результаты и их обсуждение: При наложении полостных акушерских щипцов помимо значительных технических трудностей при их наложении (сложность наложения прямопропорциональна высоте стояния головки плода) у 11 детей (65%) наблюдались осложнения в виде кефалогематом различных размеров, тяжелое состояние, по-видимому, связанное с нарушением мозгового кровообращения. При применении выходных акушерских щипцов у 3 детей (18%) возникали кефалогематомы. После наложения чашки вакуум-экстрактора на головку плода, находившуюся в широкой части полости малого таза, – у 2 детей (18%) возникали кефалогематомы, у 1 ребенка (1%) произошло соскальзывание чашки, что требовало её повторного наложения, в остальных случаях применения вакуум-экстракции плода осложнений не отмечалось.

Выводы: Таким образом, можно утверждать, что при необходимости оперативного родоразрешения во II периоде родов предпочтение следует отдавать вакуум-экстракции, как эффективному, наиболее безопасному, технически более простому методу, позволяющему в большинстве случаев избежать применения в/в анестезии и связанных с ней дополнительных рисков. Особенно данный метод должен быть рекомендован к применению при высоком стоянии головки плода в широкой части полости малого таза. Следует отметить, что родоразрешение с применением вакуум-экстрактора занимает больше времени сравнительно с акушерскими щипцами, особенно в случае нахождения головки плода высоко в полости малого таза, что ограничивает применение данного метода в случаях «острого» дистресса плода. В определенных случаях, когда происходит повторное соскальзывание чашек вакуум-экстрактора, не смотря на большую травматичность и сложность наложения, целесообразным является применение акушерских щипцов, как более плотно фиксирующего головку плода и, соответственно, более надежного метода.

Скорбач Е.И., Фельдман Д.А., Довгаль Ю.В.
НОВЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОГО И
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ
ГИСТЕРЭКТОМИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1

Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

В последние годы по данным мировой статистики отмечается значительное увеличение частоты возникновения постгистерэктомического синдрома (ПГС) у женщин после гистерэктомии (ГЭ) вследствие дефицита половых стероидов (прежде всего эстрогенов). Однако на сегодняшний день нет единой точки зрения относительно механизма развития вегето-невротических расстройств. Также недостаточно изучены вопросы изменения в иммунной системе женщины. Учитывая неоднозначность тактики ведения женщин после ГЭ с сохранением придатков матки, данная проблема требует дальнейшего изучения.

Поэтому целью данного исследования явилась разработка новых подходов к коррекции нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств у больных с ПГС на основе изучения изменений иммунного статуса.

Материалы и методы. В исследование было включено 90 женщин с нейровегетативными и психоэмоциональными постгистерэктомическими нарушениями, в возрасте 40-51 года. Основную (I) группу составили 45 женщин, которым проводилось комплексное лечение с применением иммунокорректора и седативных средств, II группа (сравнения) состояла из 45 женщин, которым проводилось традиционное общепринятое лечение. Определения особенностей течения ПГС проводили путем клинического обследования с оценкой эмоционального состояния по уровню тревожности с помощью шкалы Спилбергера (Ch.D. Spielberger, США) в модификации Ю.Л. Ханина (1978). Оценку функционального состояния вегетативной нервной системы проводили по методике А.М. Вейна (1998). Содержание в крови основных про- и противовоспалительных цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа с использованием коммерческих тест-систем производства «Протеиновый контур» (СПб, Россия).

Положительный клинический эффект у пациенток на фоне лечения наблюдался уже через 3-4 недели. Через 1 месяц после лечения, по данным вегетативного статуса у женщин отмечалась отсутствие признаков вегетативной дистонии. Через 6 месяцев в I группе полученный положительный клинический эффект оставался стабильным. Во II группе у 12 (26,6 %) пациенток отмечалось появление патологической вегетативной реактивности. Оценивая уровень личностной тревожности (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) в процессе лечения в I и II группах, отмечено достоверное снижение этих показателей уже через 1 месяц ($p < 0,05$), что свидетельствовало о стабилизации эмоционального статуса пациенток. Но через 6 месяцев во II группе наблюдался рост уровней ЛТ и РТ почти до показателей, которые отмечались до лечения ($p < 0,05$). А у женщин I группы уровни ЛТ и РТ оставались низкими и через 6 месяцев. При исследовании цитокинового статуса через 1 месяц в I группе наблюдалось снижение концентрации IL-1 β , IL-6 и повышение концентрации IL-4, IL-10. Так, у женщин II группы наблюдалась лишь тенденция к нормализации цитокинового баланса. Через 6 месяцев лечения наблюдался стойкий эффект в цитокиновом статусе только в I группы, концентрация провоспалительных и

противовоспалительных цитокинов оставалась в пределах допустимых норм. Во II группе наблюдалось восстановление цитокинового дисбаланса.

Таким образом, комбинированная терапия является патогенетически обоснованным методом лечения иммунологических нарушений, постгистерэктомических нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств. Данная терапия не имеет побочных эффектов, позволяет улучшить эффективность лечения и приводит к стойкому клиническому эффекту, а также повышает качество жизни данной категории женщин.

**Солянік В.Ю., Ярош Н.В., Білий Є.Є, Ширяєв Ю.О., Вигівський О.О.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТОВАРІОЕКТОМІЧНОЇ МЕНОПАУЗИ**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства, гінекології та дитячої гінекології,**

Науковий керівник – д.мед.н. Тучкіна І.О., к.мед.н. Вигівська Л.А.

Менопауза (М) і пов'язані з нею зміни в організмі є одним з основних факторів, що визначає якість і тривалість життя жінки. У віковій та хірургічній (постоваріоектомічній) менопаузі (ПОМ) ведучу роль відіграють зміни гіпоталамо-лімбічної регуляції, що призводить до порушень у функціонуванні вегетативної нервової системи (ВНС), як відповідь на зміни в гормональній регуляції організму. Останнім часом порушення стану кістково-суглобової системи у жінок періоду менопаузи набуло особливої актуальності. Це пов'язано із маніфестацією в похилому віці цілого ряду захворювань опорно-рухової системи, найбільш розповсюдженими з яких є остеопенічний синдром (ОПС), та остеопороз.

Метою даної роботи було виявлення особливостей перебігу ПОМ та її зв'язок із захворюваннями опорно-рухового апарату.

Матеріали та методи. Обстежено 116 жінок у віці 40-50 років, які знаходилися на обстеженні та лікуванні в пологовому будинку №1 м. Харкова. Жінки були поділені на клінічні групи: I- основна група - 68 жінок з ПОМ; II – контрольна група – 48 жінок з фізіологічною М. Тривалість М в групах становила від 6 місяців до 3 років. Жінкам, що увійшли до даного дослідження, раніше не проводилася замісна гормональна терапія. Гормональний баланс визначали за вмістом лютеїнізуючого (ЛГ) та фолікулоstimулюючого (ФСГ) гормонів, естрадіолу (Е), прогестерону (П) та тестостерону (Т), мінеральний обмін оцінювали шляхом визначення рівня загального кальцію (Ca), фосфору (Ф) і магнію (М) у сироватці крові. Всі хворі зі скаргами з боку опорно-рухової системи, були консультовані ортопедом-травматологом. Стан кістково-суглобової системи вивчали рентгенологічним і денситометричним методами.

Результати дослідження та їх обговорення. Хірургічне виключення яєчників супроводжується розвитком постоваріоектомічного синдрому (ПОС), що виявляється у вигляді нейровегетативних (35%), психоемоційних (40%) та обмінно-ендокринних порушень (25%), ступінь прояву яких, значною мірою визначається тривалістю післяопераційного періоду. Основними скаргами жінок після оваріоектомії були головний біль, порушення сну, дратівливість, підвищення артеріального тиску, "приливи", болі в спині, які підсилювалися після фізичного навантаження. При гормональному дослідженні визначено низкий рівень Е ($26,9 \pm 3,8$ нмоль/мл), П ($0,78 \pm 0,2$ нмоль/мл), Т ($1,1 \pm 0,2$ нмоль/мл), та підвищення рівня ФСГ ($110,0 \pm 5,0$ мМЕ/мл), ЛГ ($81,0 \pm 7,3$ мМЕ/мл), у жінок з ПОС. У пацієнток з фізіологічною М – Е ($33,9 \pm 2,0$ нмоль/мл), П ($1,17 \pm 0,4$ нмоль/мл), Т ($1,8 \pm 0,4$ нмоль/мл), ФСГ ($51,0 \pm 5,3$ мМЕ/мл), ЛГ ($32,5 \pm 10,8$ мМЕ/мл). Показники середнього рівня концентрації гормонів

достовірно відрізнялися у жінок досліджуваних клінічних груп, що вказує на те, що збереження яєчникової тканини сприяє підтримці гормонального гомеостазу. Достовірне зниження показників мінерального обміну (I клінічна група – Ca ($2,11 \pm 0,01$ ммоль/л), Ф ($0,87 \pm 0,01$ ммоль/л), М ($0,81 \pm 0,01$ ммоль/л), II клінічна група – Ca ($2,30 \pm 0,01$ ммоль/л), Ф ($1,00 \pm 0,01$ ммоль/л), М ($0,85 \pm 0,01$ ммоль/л)), у жінок досліджуваних груп та дані рентгенологічного і денситометричного дослідження дали можливість ортопедам-травматологам, у жінок зі скаргами з боку опорно-рухового апарату, діагностувати у 78% жінок I клінічної групи та у 57% жінок II клінічної групи ознаки остеопорозу та остеопенії у 12% - в I клінічній групі, 9% - II клінічної групи.

Висновки. У жінок з постоваріоєктомічною менопаузою відбувається збільшення частоти розвитку ПОС і захворювань опорно-рухового апарату в порівнянні з жінками у віковій менопаузі. Наявність яєчникової тканини є важливим чинником збереження гормонального гомеостазу і профілактики розвитку ПОС та його ускладнень.

Таравнех Д.Ш., Никулочкина А.И.
РОЛЬ ТРОМБОФИЛИИ В ГЕНЕЗЕ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТОК
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1
Научный руководитель – д. мед. н., проф. Щербина Н.А.

Генетические и приобретённые формы тромбофилии (ТФ) приводят к бесплодию неясного генеза и могут быть причинами ранних преембрионических потерь вследствие дефектов имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

Целью исследования явилось выявление этиологических факторов и роли тромбофилии в генезе неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Обследовано 55 женщин с диагностированными генетической или приобретённой тромбофилиями, которым в связи с бесплодием была применена программа ЭКО. Пациентки были разделены на 2 клинические группы: 1-ю группу составили 35 женщин с неудачной попыткой ЭКО, во 2-ю вошли 20 беременных после программы ЭКО. Лабораторная диагностика антифосфолипидного синдрома (АФС) включала определение волчаночного антикоагулянта, а также антифосфолипидных антител ELISA - методом. Для исключения возможного дефицита естественных антикоагулянтов - АТ III и протеина С - использовались функциональные коагулологические методы исследования. Оценка выраженности ТФ осуществлялась с помощью определения уровня прямых маркеров - комплексов ТАТ и Д-димера. Обследование на причины бесплодия и неудачи ЭКО включало гормональные исследования, генетические исследования, НБА-типирование, УЗИ, гистеросальпингографию, которые проводились по показаниям в зависимости от клинической ситуации, а также инфекционный профиль. Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с использованием программного продукта БИОСТАТ.

Результаты и их обсуждение: Исследования системы гемостаза выявили гиперкоагуляционный синдром за счет повышения активности факторов внутреннего пути свертывания и повышения функциональной активности тромбоцитов (ФАТ) в 1-й группе наблюдения у 17 (48,6%) женщин, у 8 (22,9%) - существенные нарушения в системе протеина С. Во второй группе количество пациенток с повышенной ФАТ составляло всего 3 (15%) и ни у одной из них не было нарушений в системе протеина

С. Отмечалась прямая корреляционная зависимость между частотой выявления гиперкоагуляционного синдрома и индексом массы тела в обеих группах женщин. Гипергомоцистеинемия выявлена у 11 (31,4%) пациенток первой и у 4 (20%) второй групп. У женщин 1-й группы циркуляция волчаночного антикоагулянта (ЦВА) определена в 14 (40,0%) случаях, повышение титра антикардиолипидных антител за счет Ig G - в 12 (34,3%), в 1 (2,9%) случае титр Ig G к суммарным фосфолипидам (СФ) составил 98 Ед/мл (при норме <10 Ед/мл). Во второй группе ЦВА наблюдалась у 3 (15%), титр Ig G к СФ отсутствовал у всех пациентов. По-видимому, снижение факторов гиперкоагуляции во 2-й группе наблюдений, способствовало наступлению беременности после ЭКО. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что антифосфолипидные антитела относятся к Ig G - глобулинам, которые проникая через хориальную или плацентарную ткань, способствуют возникновению в них тромбозов, инфарктов, активации цитотоксических клеток, вызывая синдром системного воспалительного ответа. Патогенетическое действие антифосфолипидных антител также связано с тромбозами сосудов и нарушением микроциркуляции крови.

Тромбирование сосудов микроциркуляторного русла в условиях тромбофилии напрямую или опосредовано влияет на процессы имплантации и снижает вероятность возникновения беременности после программы ЭКО.

**Ткаченко В.А., Никитин Р.А., Боева О.Н., Андрус А.М., Мекеша М.С.
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С
ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,**

Научный руководитель – д.мед.н. Тучкина И.А., к.мед.н. Выговская Л.А.

Преэклампсия – осложнение беременности, характеризующееся глубоким расстройством функций жизненно важных органов и систем. Нормальное развитие плода зависит от стабильности маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотоков. На сегодняшний день безопасное, имеющее большое диагностическое значение, быстро проводимое и экономически доступное доплерометрическое исследование является основным методом оценки состояния плацентарного кровообращения и гемодинамики плода. Внутриутробный рост и развитие плода определяются тремя основными факторами – состоянием матери, функциональной способностью плаценты и здоровьем самого плода. Тесное взаимодействие этих звеньев составляет единую функциональную систему мать-плацента-плод. Следствием дисбаланса одного из звеньев будет нарушение состояния плода, проявляющееся хронической внутриутробной гипоксией и задержкой развития. Гемодинамические нарушения в системе мать-плацента-плод имеют ведущее значение в формировании плацентарной дисфункции и характеризуются повышением периферической сосудистой резистентности во всех ее звеньях.

Цель. Определить основные диагностические критерии гемодинамических нарушений у плода при преэклампсии.

Материалы и методы. На основании проведенного, комплексного клинико-лабораторного обследования, основную группу составили 60 беременных с преэклампсией разной степени тяжести. Контрольную группу – 40 беременных с физиологическим течением беременности. Срок гестации составил 28-40 нед. Всем беременным было проведено доплерометрическое исследование с помощью УЗ-сканера Medison 6000СМТ (Ю.Корея) с использованием датчика 3-7Мгц, частотным

фильтром 100Гц и объемом 2мм. Исследовалось состояние артериального кровотока плода с определением пульсационного индекса, индекса резистентности, систоло-диастолического соотношения, систолической, диастолической и средней скоростей кровотока в маточных артериях, артерии пуповины, грудном отделе аорты, средней мозговой артерии.

Результаты исследования. У беременных контрольной группы при доплерометрическом исследовании нарушений гемодинамики плода не было выявлено. У беременных основной группы выявлено: - маточная артерия – персистирующая ранняя диастолическая выемка в фазу ранней диастолы, снижение диастолического кровотока; - артерия пуповины – персистирующий нулевой и ретроградный диастолический кровоток; - средняя мозговая артерия – повышение индекса сосудистой резистентности; - грудной отдел аорты – снижение скорости кровотока в фазу поздней диастолы до нулевых и отрицательных значений.

Выводы. Допплерометрические исследования в акушерской практике имеют высокую диагностическую ценность в доклинической диагностике преэклампсии, позволяют быстро и неинвазивно оценить степень тяжести нарушения плацентарного кровообращения и гемодинамики плода.

**Феськов В.А., Пионтковская О.В., Благовещенский Е.В., Выговская Л.А.,
Гнатенко О.В.**

**ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ
ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЫ ЭКО**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии,**

Научный руководитель – д.мед.н. Тучкина И.А.

Актуальность. Среди всех локализаций наружного эндометриоза поражение яичников занимает первое место (70% больных). Частота рецидивирующих эндометриодных кист составляет до 10 - 15%. Особую проблему представляют рецидивирующие кисты у пациенток, планирующих программу экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Не вызывает сомнений необходимость оперативного лечения эндометриодных кист яичников. В то же время недостаточно конкретизирована тактика лечения. Дискуссионным остается вопрос о проведении гормональной терапии в пред- и послеоперационном периодах.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности использования агонистов гонадотропин релизинг-гормона (а-ГнРГ) при подготовке пациенток к оперативному лечению при рецидивирующих эндометриодных кистах яичников.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное исследование 36 пациенток с рецидивирующими эндометриодными кистами яичников средним диаметром более 3 см. Средний возраст больных составил $32,0 \pm 4,5$ года, средняя продолжительность бесплодия $6,0 \pm 2,5$ года. Первичное бесплодие диагностировано у 64% случаев, вторичное – в 36%. Для сравнения результатов рандомизированным методом сформировано I и II группы по 18 женщин. III группу сравнения составили 25 пациенток с трубным фактором бесплодия и нормальными показателями овариального резерва. Пациентки I группы на подготовительном этапе программы ЭКО в течение 3 месяцев получали а-ГнРГ в дозе 3,75 мг в месяц, после чего им была проведена лапароскопия. Пациенткам II группы была проведена лапароскопия без предварительного использования а-ГнРГ. Всем пациенткам была выполнена программа ЭКО по длинному протоколу с использованием рекомбинантного ФСГ (Gonal-f, Serono) на фоне подавления функции аденогипофиза а-ГнРГ (Люкрин депо, 3,75 мг).

Результаты и их обсуждения. При выполнении лапароскопии 13 (72,2%) пациенткам I и 6 (33,3%) пациенткам II группы удалось провести вылущивание капсулы кисты с последующей аргонплазменной коагуляцией ложа кисты. У 5 (27,7%) пациенток I и 12 (66,6%) пациенток II групп при вылущивании капсулы кисты пришлось резецировать ткань яичника, так как имело место интимное сращение капсулы кисты с подлежащими тканями. У пациенток II группы отмечено увеличение суммарной дозы гонадотропинов и количество дней стимуляции в программах ЭКО в сравнении с I и III группами. У пациенток II группы в 2-х случаях имела место отмена стимуляции из-за низкого ответа яичников. Количество полученных ооцитов и количество зрелых ооцитов было ниже во II группе в сравнении с I и III группами. Общее количество эмбрионов и количество эмбрионов 1-2 качества, полученных в I и III группах, не имело статистически значимых отличий. Процент наступления беременности у пациенток II группы (12%) был ниже, чем у пациенток I (33,3%) и III групп (38,8%).

Выводы. Использование а-ГнРГ способствует проведению щадящего оперативного лечения у женщин с эндометриоидными кистами, с максимальным сохранением овариальной ткани, что в свою очередь дает возможность получить большее количество яйцеклеток и эмбрионов при проведении программ вспомогательных репродуктивных технологий и таким образом повысить частоту наступления беременности.

Черелюк Н.И.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №1**

Научный руководитель – к. мед. н., доц. Салтовский А.В.

Лейомиома матки встречается у 25-30% женщин, средний возраст выявления составляет 32,8 лет. В 5-15% случаев бесплодия или невынашивания беременности причиной является лейомиома матки, что вызывает необходимость проведения консервативной миомэктомии.

В работе ретроспективно проводилась сравнительная оценка эффективности консервативной миомэктомии, проведенной лапаротомическим или лапароскопическим доступами. Под наблюдением находилось 27 пациенток после родоразрешения с перенесенным в анамнезе удалением лейомиомы.

В результате исследования установлено, количество пациенток, которым проводилась консервативная миомэктомия лапаротомическим доступом, с состоятельным послеоперационным рубцом на матке, позволившим благополучно закончить роды через естественные родовые пути составило 85%, у 15% женщин роды закончены путем кесарева сечения, поскольку в связи с большими размерами лейомиомы во время ее удаления произошло проникновение в полость матки, и рубец по данным УЗИ был неоднородным, хотя во время кесарева сечения визуально и пальпаторно не определялся; из пациенток, которым проводилась миомэктомия лапароскопическим доступом, у 40% роды закончены через естественные родовые пути, у 60% в связи с несостоятельностью послеоперационного рубца на матке по данным УЗИ, роды закончены путем кесарева сечения, во время которого определялось явно выраженное истончение области рубца. Несостоятельность рубцов после лапароскопических миомэктомий, вероятно, связано с техническими сложностями при ушивании ложа узлов.

Шаповал У.А.

ВЛИЯНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМой МАТКИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра акушерства и гинекологии №2**

Научный руководитель – к.мед.н, доцент Калиновская О.И.

Лейомиома матки – самая распространенная доброкачественная, гормональнозависимая опухоль, сопровождающаяся маточными кровотечениями, болевым синдромом, компрессией смежных органов, гормональными расстройствами, нарушением сексуальной функции, бесплодием. Основным методом лечения больных с лейомиомой матки является гистерэктомия, которая неминуемо ведет к утере репродуктивной функции, наносит женщине физическую и психологическую травмы, усугубляет уже имеющиеся нарушения гомеостаза. В настоящее время начали применять эмболизацию маточных артерий (ЭМА). Такой подход расширяет возрастные границы фертильного периода, а малоинвазивный характер процедуры, недолгий период восстановления и сохранение матки - сделали ЭМА альтернативой гистерэктомии.

Цель: оценка влияния ЭМА на клиническую картину симптомов лейомиомы матки.

Материалы и методы исследования: с 2007 г. на базе КЗОЗ «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» обследованы и пролечены 240 пациенток с лейомиомой матки, средний возраст которых составил $35,8 \pm 8,9$ года (с колебаниями от 25 до 49 лет). Всем пациенткам в плановом порядке была проведена эмболизация миомы матки на ангиографе Axiom Artis MP, «Siemens», Германия, 2005. Доступ к маточным артериям осуществлялся посредством пункции правой бедренной артерии по стандартной методике Сельдингера. Наиболее часто для эмболизации использовались частицы ПВА и микросферы «Biosphere». Основным показанием к проведению ЭМА являлось наличие лейомиомы интрамуральной и субмукозной локализации при размерах матки от 7 до 19 недель беременности. Клинически лейомиома проявлялась меноррагиями – у 139 больных, симптомами сдавления смежных органов - у 68, и то и другое - у 19, бесплодием – у 34 пациенток.

Результаты: После ЭМА было отмечено уменьшение частоты мено- и метроррагий на 87,1%, симптомов сдавливания смежных органов (частота мочеиспускания, дизурические явления, запоры и т. д.) – на 85,0%. Уменьшение хронических тазовых болей на 79,1%, альгоменореи – 53,3%. Средний объем матки через 6 мес. после ЭМА уменьшился на 40,1%, через 12 мес. – на 66,3%, объем доминантного фиброматозного узла – на 54,1% и 71,2% соответственно. У 31,6% женщин с лейомиомой матки, преимущественно субмукозной локализации, наблюдалась экспульсия узлов в матку и их «рождение» или удаление вагинальным доступом в период от 2 недель до 6 месяцев после ЭМА. При «рождении» узлов наблюдался наиболее быстрый темп уменьшения размеров миомы, а иногда и полное излечение лейомиомы. У 6,8% женщин было отмечено наступление беременности. Только 26 (11%) пациенток испытывали вновь возникший комплекс симптомов менопаузы. Сразу же после эмболизации у них развилась стойкая аменорея, ночное повышенное потоотделение и приливы.

Выводы. ЭМА способствует нормализации клинической картины лейомиомы матки за счет: уменьшения размеров узлов, восстановления менструальной функции, улучшения сексуальной функции, устранения диспареунии, психоэмоционального комфорта больных.

ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА

Grechanina Y.B., Beletskaya S.V., Bezrodnaya A.I., Akinbo O. Odunlami THE ROLE OF TRIGGERS AND MEDIATORS IN DEMONSTRATION OF FRUSTRATION OF AUTISTIC RANGE

Kharkiv National Medical University, department of Genetics.

Scientific advisor – Grechanina Y.B., PhD

Abstract: Autism is a disorder composed of neurobiological instability, heavy psychotic frustration, and an extreme form of self-isolation, arising owing to inadequate development of the brain. It is more often considered in aspects of a metabolic illness. There are three main disorders of the autism spectrum (ASD), affects information processing in the brain by altering how nerve cells and their synapses connect and organize, the other two being Asperger syndrome, which lacks delays in cognitive development and language, and pervasive developmental disorder, (commonly abbreviated as PDD-NOS), which is diagnosed when the full set of criteria for autism or Asperger syndrome are not met.

Purpose: The aim of this research is to Study the most frequent possible triggers and mediators of patients with autism. And to assess to a clinical presentation of an observation made of a 7 year old girl (Anya), with complaints: delay of psycho-speech development, echolalia, stereotypic movement of wrists (clap), often pungent smell of feet, the phenomenon of atopic dermatitis, lack of eye contact and pointing gestures, does not play role-playing games, spontaneous nosebleeds

Material and methods: During the Clinical-genetic observation the materials and methods used where, virological test, biochemical test, molecular genetic test, cytogenetic, studying of 105 patients with autism where carried out.

Results: With the use of gas chromatography we were able recognize: D6 failure – 47%, derangement of the Krebs cycle – 30%, metabolites of neurotransmitters – 5%, metabolic imbalance of sulfur – 4%, hyperhomocysteinemia – 28%, decrease in level of acidum folicum – 8%, D12 vitamin -6%, increase of transaminase level – 24%, polymorphisms of genes of folate cycle MTHFR TT and M THFR CT – 54%, MTRR 66 – 28, MTR – 20%.

Conclusions: In conclusion, with the assessment and understanding of the factors that contributes to the post, and pre mediators of the autism. We can identify, the therapeutic, diagnostic, and prophylactic measures that are required during gestation and during the first year of life, or the possible onset of the dysfunction's due to maternal history of hormonal used substances prior to pregnancy, and most importantly the growing speculated cause of Autism, environmental toxic factors.

Grechanina Y.B., Griniuk A.V., Bezrodnaya A.I., Anis Akhtar MUCOPOLYSACCHARIDOSIS TYPE IV

Kharkiv National Medical University, department of Genetics

Scientific advisor – Grechanina Y.B. , PhD

Actuality: Mucopolysaccharidosis type IVA is an autosomal recessive lysosomal storage disease characterized by intracellular accumulation of keratan sulfate and chondroitin-6-sulfate. Key clinical features include short stature, skeletal dysplasia, dental anomalies, and corneal clouding. Intelligence is normal and there is no direct central nervous system involvement, although the skeletal changes may result in neurologic complications. There is variable severity, but patients with the severe phenotype usually do

not survive past the second or third decade of life. Mutations in the GALNS and GLB1 genes cause MPS IV.

Objective: To Diagnose and find the early artifact of MPS IV.

Material and methods: patient sofia , complains on gait disturbance, fatigue after exercises, which takes away after the rest.

Phenotype: height - 120 cm, weight - 21 kg, single skin nevi, marbling of the skin, a narrow face, a short nose, a short filter, a high palate, a short neck, a narrow and deformed chest, hypermobility of the elbow joints, narrow whists, kyphoscoliosis of thoracolumbar spine.

Results: Biochemical blood analysis - alkaline phosphatase - 591 U/l , total cholesterol - 4.48 mmol/L , glucose - 4.33 mmol/L, AST- 35.4 U/l, ALT- 18.22 U/l, triglycerides - 0.3 mmol/l, urea - 3.36 mmol/l , uric acid - 2.37 mg/% , calcium- 2.48 mmol/l , phosphorus - 1.6 mmol /l, creatinine - 31.9 m / l, creatine - 117 U/l, LDH 391 U/l, total bilirubin - 5.87 mol/l, gammaglutamintransferase - 16.4 U/l , total protein - 74.6 g/l, albumin - 44.4 g/l. (13.03.2013) Changes in metabolites (metabolites of the Krebs cycle) were revealed in the profile of urine organic acids. (13.03.2013). Homocysteine in blood - 3.6 mmol / l.

Polymorphic gene variants of the folate cycle were studied. Found: MTRR A66G gene in the homozygous state, MTR A2756 G gene in the heterozygous state. (13.03.2013) urine glycosaminoglycans - 1,0 U CPC g / creat. (the norm is up to 173) - test - 21.31 U CPC/g creat., found keratan sulfate - revealed changes that may be markers of mucopolysaccharidosis type IV. Blood electrolytes: calcium - 1.22 mmol / l, sodium - 133.7 mmol / l, potassium 3.62 mmol / l. Blood copper - 1.33 mg / L (the norm is up to 0,83-1,52) Blood ceruloplasmin - 46 mg / dL (the norm is 20-60 m /dL) DNA EBV (Epstein- Barr virus) , PCR - not found . Ig G to nuclear antigen EBV 0,5 (the norm is 0.9) is negative. (29.03.13) urine GAG fractionally - keratan wasn't detected. DMW test - 12, 1 mg/mmol / L (the norm is up to 12.9) (01.04.13) urinary GAG (morning) - 30.8 U CPC/g creat.

Ultrasound of the internal organs: the moderate hepatomegaly, a moderate increase of the echodensity of liver parenchyma. The wall surface sediment in the gall bladder. Signs of hypotonic biliary dyskinesia. The spleen +1 cmRenal ultrasound: metabolic changes (inclusions 1.3 mm). Bilateral hydrocalycosis. The adrenal glands are not enlarged. In the neurological status: muscular hypotonia, bilateral pyramidal insufficiency

Conclusion: the clinical features identify MPS IV and also predict that the early sign of the disease are apparent short stature, coarse facies, short nose, short neck, small thorax, and the left shoulder set higher than the right.

Yanovskaya K.O., Dhrubojyoti Basu
PECULIARITIES OF CURRENT COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS IN
CHILDREN OF PRESCHOOL PERIOD OF LIFE
The department of Propaedeutics of Pediatrics №2
Research advisor – professor Klymenko V.A.

Topicality. The most pressing problems of Rheumatology include reactive arthritis (ReA) in childhood, driven both by increasing morbidity, and significant proliferation recurrent variants of the disease, the complexity of differential diagnosis with the other rheumatic diseases that occur with joint syndrome. Frequency of occurrence of ReA induced by Chlamydia trachomatis is 4.6, and induced by Enterobacteria – 5.0 per 100000 population (Nasonov EL, 2008).

Task. To identify the features of the current course of ReA in children of preschool age.

Materials and Methods. Clinical (interrogation, observation, examination), paraclinical (X-ray, ultrasound) and statistical methods for data processing.

Result. We observed 60 preschool children from 1 to 6 years-old with reactive arthritis. There were 44 children (73%) with acute course of reactive arthritis, recurrent course occurred in 16 children (27%). Monoarthritis occurred in 41 children ($68 \pm 6\%$), oligoarthritis in 18 children patients ($30 \pm 5,9\%$), polyarthritis was only in 1 child ($2 \pm 1,8\%$). The hip joints were affected in 25 children ($41,7 \pm 6,4\%$) of preschool ages. The hips were affected more often than the other joints. Arthritis of the knee occurred in 23 children ($38,3 \pm 6,3\%$). Ankles were injured in 11 patients ($18,3 \pm 5\%$), more common in girls ($23 \pm 8,3\%$). There were isolated cases of joint damage of the upper extremities.

Conclusion. Acute arthritis were prevailed in a group of preschool children, monoarthritis occurred significantly more frequently ($p < 0,001$), the hip joints were affected more often, which speaks about the features of the current course of reactive arthritis in preschool children.

Ащеулов А.М.

СИНДРОМ ХЕЙНЕРА – СЛОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики педиатрии №2,
КЗОЗ «ОДКБ №1» г. Харьков, Украина**

Научный руководитель – зав. кафедры, д.мед.н., доц. В.А. Клименко.

«Редкие болезни редки до тех пор, пока они нам малоизвестны» (Г. Фанкони)

Цель – повышение качества оказания медицинской помощи детям с аллергией на белки коровьего молока.

Задача – клиническое описание редкой нозологической формы – синдрома Хейнера (разновидность гемосидероза легких с гиперчувствительностью к белкам коровьего молока).

Материалы и методы. Пациент находился на лечении в отделении детей младшего возраста КУОЗ ОДКБ №1 г. Харькова. Проведено клиничко-параклиническое исследование в соответствии с рекомендациями DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy) Всемирной Организации Аллергологов.

Результаты. Ребенок 2,5 месяцев поступил с жалобами на: сыпь на теле, периодический кашель, одышка, неустойчивый стул, рвота, беспокойный сон, вялость. Из анамнеза известно, что вышеперечисленные жалобы появились за 2 недели до поступления. Сыпь – первые элементы появились на лице, распространилась по туловищу, конечностям. Кашель – в течение всего дня, малопродуктивный, последние 5 дней – одышка. Стул – жидкий, зеленый, до 8 раз в сутки, рвота – от 1-2 до 6 раз в день. До 1,5 месяцев ребенок – естественное вскармливание, затем переведен на кормление разведенным коровьим молоком (1:1). Ребенок от первых родов, первой беременности, протекавших без особенностей. Роды в сроке 38 недель, масса тела при рождении 3100 г. Объективное обследование: дефицит веса 49% (гипотрофия 3 ст.); отечность голеней и стоп, эритематозно-папулезная, местами – сливная, сыпь на коже рук, ног, туловища. Со стороны респираторной системы – тахипноэ (частота дыхания – 46 в минуту); одышка смешанного типа; аускультативно – мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы с обеих сторон. Со стороны других органов и систем – без особенностей.

По данным лабораторных исследований: в общем анализе крови – эритропения, гипохромная анемия (Hb 78 г/л, эр. – $2,87 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,6), нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты – $24 \times 10^9/л$, нейтрофилы 78%); в копрограмме – эритроциты до 45-50 в поле зрения, единичные лейкоциты; в клиническом анализе

мочи – следы белка; в биохимическом анализе крови – гипопропротеинемия (38 г/л), незначительное повышение АЛТ, АСТ, ГГТ; IgE – 92 МЕ/мл (норма до 15); иммунологический статус I и II уровней – без особенностей. По данным рентгенологического исследования органов грудной клетки снижение прозрачности легочной ткани, мелкоочаговые тени, ячеистые просветления. Ребенку был установлен диагноз синдрома Хейнера. Назначена диета с элиминацией белков коровьего молока (смесь на основе высокогидролизованного белка). С положительной клинической динамикой и прибавкой в весе пациент выписан.

Выводы. Информационные сообщения об экзвивитных клинических случаях позволят улучшить диагностику и прогноз редких заболеваний.

Балушак И.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500,0 ГР

**Харьковский национальный медицинский университет
кафедра педиатрии №1 и неонатологии**

**Научный руководитель: к.м.н., руководитель Харьковского регионального
перинатального центра КЗОЗ «ОКЛ-ЦЭМП и МК» Кондратова И.Ю.**

Обследовано 35 недоношенных детей с гестационным возрастом от 22 до 32 недель, массой тела от 550,0 до 1500,0 гр., из них 15 детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ, I группа) и 20 детей с очень низкой массой тела (ОНМТ, II группа). Обе группы разделены на две подгруппы в соответствии с методикой стартовой респираторной терапии при рождении: традиционная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) и неинвазивная ИВЛ.

Результаты: У новорожденных обеих групп при рождении ведущим синдромом, определяющим тяжесть состояния, являлась дыхательная недостаточность, обусловленная респираторным дистресс-синдромом (РДС) III – IV степени. У 2 детей (13%) I и 1 (5%) II группы на основании данных нейросонографии и магнитно-резонансной томографии в первые 3 суток жизни диагностированы внутрижелудочковые кровоизлияния, у 4 (20%) недоношенных II группы на основании клинико-лабораторных данных – ранний неонатальный сепсис. Патологическое течение беременности имело место у всех обследованных, у матерей 8 детей с ЭНМТ (53%) – тяжелая экстрагенитальная патология, у матерей 13 детей с ОНМТ (65%) – тяжелая акушерская патология (преждевременная отслойка плаценты – 35%, преждевременный разрыв плодовых оболочек – 20%, преэклампсия – 10%). Все недоношенные перенесли хроническую внутриутробную гипоксию: 12 (80%) новорожденных I группы и все дети II группы имели оценку по шкале Апгар от 3 до 6 баллов, 3 (20%) недоношенных I группы – в сочетании с острой асфиксией (оценка по шкале Апгар < 3 баллов). 14 (96%) детей с ЭНМТ и 12 (59%) с ОНМТ получили сурфактант, из них методом "INSURE" в I группе – 7 (50%), во II группе – 8 (41%). У 8 (53%) новорожденных I группы и 8 (35%) II группы стартовая вентиляция – традиционная ИВЛ. 7 пациентов с ЭНМТ (47%) стартово получили неинвазивную вентиляцию, при этом никто из них не потребовал интубации в первые пять суток жизни. В группе ОНМТ стартовая неинвазивная ИВЛ – у 12 недоношенных (55%), 2 из них (18%) потребовали интубации в первые 5 суток, преимущественно, в связи с развитием клиники раннего неонатального сепсиса. В обеих группах среди новорожденных, находившихся на традиционной вентиляции, большой удельный вес

не получивших пренатальную профилактику РДС (37,5% и 25% соответственно) или получивших неполный курс (25% в каждой группе). Частота развития внутрижелудочковых кровоизлияний, бронхолегочной дисплазии, некротизирующего энтероколита у недоношенных с ЭНМТ (37,5%, 50%, 50% соответственно) и ОНМТ (12,5%, 25%, 37,5% соответственно) достоверно выше у детей, потребовавших интубации, традиционной вентиляции и не получивших пренатальную глюкокортикостероидную профилактику. Использование неинвазивной вентиляции не увеличивает частоту синдрома утечки воздуха у новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ при рождении. Зависимость от кислорода в возрасте 28 суток жизни, длительность пребывания в отделении интенсивной терапии и длительность госпитализации достоверно выше у детей на традиционной ИВЛ в обеих группах. Выживаемость к 7 суткам жизни и к выписке достоверно выше у недоношенных, находившихся на неинвазивной вентиляции в обеих группах (100% и 71%; 100% и 91,6% соответственно).

Выводы: использование неинвазивной методики вентиляции позволяет повысить выживаемость и снизить частоту осложнений при лечении РДС и выхаживании недоношенных с ЭНМТ и ОНМТ при рождении.

Беломеря К.В., Карташова О.С., Шипов Д.О.
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ
ЮНОШЕСКОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ
СЕРДЦА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
г.Донецк, Украина

Научный руководитель: д. мед. н., проф. Нагорная Н.В.

Врожденные пороки сердца (ВПС) занимают второе место в структуре врожденной патологии; их частота, согласно исследованию EUROCAT, составляет 6,6 случаев на 1000 живорожденных детей. Благодаря совершенствованию неонатологической и педиатрической служб, оптимизации хирургических методов лечения и последующей реабилитации, в настоящее время сформировалась новая субпопуляция пациентов с ВПС – взрослые или, дословно, «выросшие с ВПС», «grown-ups with congenital heart disease или GUCH».

Согласно данным многих исследований, среди различных проблем у указанной категории, у 1/3 таких пациентов имеется повышенная тревожность и депрессия, чаще, чем в популяции здоровых людей этой возрастной группы.

Под нашим наблюдением находились 62 студента обоего пола из учебных заведений г.Донецка. Основную группу составили 31 пациент с ВПС, средний возраст $19,52 \pm 0,48$ лет, 17 (54,8%) женщин и 14 (45,2%) – мужчин. Из них 20 (64,5%) пациентов перенесли хирургическую коррекцию ВПС в детском возрасте, 11 (35,5%) человек – не переносили. Контрольную группу составили 33 здоровых сверстника, 16 (48,5%) женщин и 17 (51,5%) мужчин.

Показатели личностной и ситуативной тревожности определяли с помощью теста Спилбергера - Ханина. У 17 (54,8%) пациентов с ВПС выявлен высокий уровень личностной тревожности, что достоверно более часто, чем у студентов из группы контроля (5 (15,2%) человек), $p < 0,05$. У 4 (12,9%) пациентов с ВПС был отмечен низкий уровень ситуативной тревожности, что достоверно более редко в сравнении с группой контроля (17 (51,5%) человек), $p < 0,05$. По результатам цветового теста Люшера было выявлено, что пациенты основной группы имели более высокие значения гетерономности, что свидетельствует о пассивности, склонности к

зависимости от окружающих (22 (70,1%) и 7 (21,2%), соответственно, при $p < 0,05$). У пациентов с ВПС достоверно чаще, чем в контрольной группе, отмечали концентричность (интровертированность, сосредоточенность на своих внутренних проблемах): 23 (74,2%) и 8 (24,2%) человек, соответственно, при $p < 0,05$. Наличие противоречивости личностных свойств выявлено у 29 (93,5%) пациентов с ВПС и у 13 (39,3%) их здоровых сверстников. У 16 (51,6%) студентов из основной группы документирован низкий уровень работоспособности, что достоверно более часто, чем в контрольной группе (5 (15,2%) человек), $p < 0,05$. Возможно, причиной снижения работоспособности у этих пациентов является высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, высокая степень интровертированности, противоречивости личностных свойств.

Таким образом, полученные нами данные подтверждают литературные данные о наличии психоэмоциональных особенностей у пациентов с ВПС юношеского и молодого возраста. Это подтверждает необходимость психологической коррекции в программе реабилитации пациентов с ВПС.

Губарь Н.В., Тесленко Т.А., Овчаренко А.А.
НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии № 1 и неонатологии
Научный руководитель: проф. Гончарь М. А.

В настоящее время проблема нарушений ритма сердца (НРС) у новорожденных детей является актуальной в связи с открытием сети перинатальных центров в Украине, расширением возможностей исследования сердечно – сосудистой системы (ССС) в раннем неонатальном периоде.

Целью исследования является уточнение частоты распространения и характера НРС у новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы: изучение акушерского анамнеза, клиническое обследование, ЭКГ, ДЭХОКГ новорожденным, родившимся от матерей с экстрагенитальной патологией в Харьковском Региональном Перинатальном Центре (ХРПЦ) в 2013 г. Обследовано 124 ребенка в возрасте 1 - 7 суток жизни, у которых при аускультации сердца выявлена аритмия или нарушения деятельности ССС установлены при проведении скрининговой ДЭХОКГ. Критериями исключения из исследования явилось наличие врожденной патологии сердца. Группу сравнения составили 20 здоровых новорожденных того же возраста.

Полученные результаты: При проведении ЭКГ нарушение ритма сердца выявлены у 19 детей (15,32%), из них 14(73,7%) мальчиков и 5(26,32%) девочек. Дети с НРС были рождены от матерей, средний возраст которых составил $28,35 \pm 3,43$ лет, в сроке гестации $39,2 \pm 1,48$ недель. У 16 (84,21%) матерей было осложненное течение беременности; у 14(73,68%) беременных родоразрешение путем кесарева сечения. 11 (57,89%) беременных имели сопутствующую соматическую патологию. 9(47,37%) беременных проживали в городе, 10(52,63%) в сельской местности. Работали во время беременности 7(36,84 %) женщин; у 1 беременной были вредные условия труда на химическом производстве. Пренатально НРС в виде тахикардии, экстрасистолии диагностированы у 2^х плодов. Вес при рождении составил $3454 \pm 427,37$ гр., что не отличается от группы контроля. Общее состояние новорожденных расценено как удовлетворительное. Возраст детей на момент проявления НРС составил $5,73 \pm 2,53$ дн. В структуре НРС преобладала синусовая

брадикардия у 11 (57,89%) детей; у 6 (31,58%) - нарушения проведения импульса; у 1 (5,26%) – тахикардия (трепетание предсердий). У детей с НРС частота сердечных сокращений = $142,9 \pm 5,78$ уд/мин., что не отличалось от показателей группы контроля; частота дыхания = $38,5 \pm 2,6$ в мин., что соответствовало норме. В структуре диагнозов у детей с НРС зафиксированы: признаки хронической гипоксии плода у 1 (5,26%); асфиксия в родах у 2 (10,53%); внутриутробная пневмония у 2 (10,53%); множественные врожденные пороки развития у 1 (5,26%); РДС у 3 (15,79%); гипоксически – ишемическое поражение центральной нервной системы у 5 (26,31%); синдром задержки внутриутробного развития у 1 (5,26%). Т. обр., в генезе аритмий у детей преобладали постгипоксические изменения ЦНС (68,42%). У большинства детей аритмии имели преходящий характер; при повторном исследовании, перед выпиской из ХРПЦ, ритм сердца нормализовался на фоне проведения базисной кардиотрофной терапии у 94,74%. Исключение составил ребенок с удлинненным интервалом QT, у которого феномен сохраняется при исследовании в возрасте 1 мес. В проведении антиаритмической терапии нуждался 1 пациент с трепетанием предсердий. Дети с НРС пребывали в отделении новорожденных $8,0 \pm 5,45$ койко-дня в отличие от детей группы контроля ($3,0 \pm 1,82$ койко-дня ($p < 0,05$)).

Выводы: 1. Нарушения ритма сердца у обследованных новорожденных развивались на фоне постгипоксических поражений ЦНС, не приводили к нарушению центральной гемодинамики и общего состояния ребенка. 2. В структуре нарушений ритма сердца у новорожденных в раннем неонатальном периоде преобладали синусовые брадиаритмии, которые имели преходящий характер и не требовали проведения медикаментозной терапии.

Дриль І.С., Якименко Н.А., Муратова К.Г.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК

**Харківський національний медичний університет,
кафедра педіатрії №1 та неонатології**

Науковий керівник професор Сенаторова Г.С.

Сучасна медицина подовжила тривалість життя пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) за допомогою методів нирково-замісної терапії. Разом з тим, летальність при ХНН зберігається за рахунок прогресування серцево-судинних ускладнень.

Метою роботи було визначення основних змін кардіоренальних показників у дітей з різними стадіями хронічного захворювання нирок (ХЗН).

Матеріали та методи. Обстежено 71 дитину 2 - 17 років (середній вік $11,2 \pm 3,4$ р.). За статтю домінували хлопчики: 47 ($66,2 \pm 5,6\%$) проти 24 ($33,8 \pm 5,6\%$) дівчаток. Середня тривалість захворювання склала $6,02 \pm 3,5$ років. Всім дітям проведено нефроурологічне обстеження з визначенням стадії ХЗН (за даними ШКФ, концентраційної та тубулярної функцій), визначення показників ренального кровотоку та серцевої діяльності (за даними доплерографії та ЕКГ).

Отримані результати. Основними нозологічним формами, що передували розвитку ХЗН у дітей, були: вроджені аномалії розвитку СВС – 29, полікістоз – 13, ниркова дисплазія – 13, єдина нирка – 11, хронічний гломерулонефрит – 5. В залежності від ступеня порушення ниркових функцій, діти були розподілені на 5 груп. До I групи віднесено 11 дітей з ХЗН Іст. без ХНН, до II – 16 дітей з ХЗН Іст. (тубулярною ХНН), до III – 27 дітей з ХЗН Іст. (компенсована ХНН), до IV – 13 дітей

з ХЗН III ст. (субкомпенсована ХНН), до V – 4 дітей з ХЗН IV ст. (декомпенсована ХНН). У $71,5 \pm 18,4\%$ дітей I групи за даними ЕКГ не встановлено патологічних змін, у $28,4 \pm 18,4\%$ дітей – порушення серцевого ритму та провідності у вигляді синусової брадиаритмії. При доплерехографії серця у 56 ($78,8 \pm 4,8\%$) обстежених дітей встановлено наявність аномальної хорди лівого шлуночку та/або ПМК без регургітації, у всіх дітей фракція викиду не була порушена. У жодної дитини не встановлено порушення ниркового судинного кровообігу. У $27,2 \pm 14,0\%$ дітей II групи була синусова тахікардія (ЧСС > 95-го перцентеля), у $25,0 \pm 13,0\%$ – скорочення інтервалу PQ (< 0,1с), у $16,6 \pm 11,2\%$ – подовження інтервалу PQ (> 0,20с). У $18,5 \pm 9,07\%$ дітей встановлено мінімальний зворотній потік на мітральних клапанах. У третини, $37,5 \pm 18,2\%$ дітей, встановлено асиметрію ниркового кровотоку з незначною ішемією, тільки $50 \pm 18,8\%$ дітей мали задовільні показники та достатню перфузію нирок.

У $27,2 \pm 14,0\%$ пацієнтів III групи виявлено синусову тахікардію, у $36,3 \pm 15,2\%$ – подовження інтервалу PQ (> 0,20). У $53,8 \pm 14,3\%$ дітей встановлено регургітацію потоку крові у правих відділах серця, а саме у $38,4 \pm 14,0\%$ транспульмональних та $15,3 \pm 10,4\%$ трикуспідальних клапанах. $18,5 \pm 7,6\%$ дітей мали зниження ФВ, та гіпертрофію міокарду. Задовільні показники ниркового кровотоку мали лише $14,2 \pm 9,7\%$ дітей. Інші діти мали досить різноманітні порушення у вигляді гіпоперфузії, гіперперфузії, асиметрії кровотоку, підвищення індексу периферичного судинного опору. Пацієнти IV та V груп мали подібні зміни порушення серцевого ритму, у вигляді синусової брадикардії (ЧСС < 5 перцентеля) $28,5 \pm 18,4\%$ та $66,6 \pm 33,3\%$ відповідно, порушення передсерцевої провідності зі скороченням інтервалу PQ (< 0,1с) у $42,8 \pm 20,2\%$, та його подовженням у $28,5 \pm 18,4\%$ (> 0,20с) випадків. По мірі прогресування ХЗН у дітей IV – V груп все частіше зустрічалися гіпертрофія міокарду в $35,2 \pm 11,9\%$ дітей, дилатація камер – $17,6 \pm 9,5\%$, стабільно частіше у $57,1 \pm 13,7\%$ випадків реєструвалась регургітація в правих камерах серця. Зниження фракції викиду мали $29,4 \pm 11,3\%$ дітей.

Висновки. Початкові стадії ХЗН характеризуються: компенсаторною тахікардією з помірними порушеннями провідності; поодинокими мінімальними змінами морфології серця. По мірі прогресування ХЗН збільшується частота порушення предсердно-шлуночкової провідності, наростають показники дилатації камер серця. Показники ренального кровотоку мають лабільні зміни і в термінальній стадії ХЗН у всіх дітей мало місце різке зниження кровообігу.

Емец Т.В.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра пропедевтики педиатрии № 1

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Охупкина О.В.

Известно, что состояние окружающей среды существенно влияет на формирование популяционного здоровья детского населения. Так, под воздействием неблагоприятных экологических факторов происходит формирование и хронизация многих патологических состояний у детей. Потребность человека в микроэлементах зависит от возраста, особенностей биологического состояния, обмена веществ и конкретного периода жизни, пола, физической активности, наличия хронических заболеваний и других факторов. Именно поэтому, для врачей и ученых большое значение имеет не только определение роли микро- и макроэлементов в патогенезе отдельных заболеваний, но и проведение регулярного скрининга минерального

профиля здоровых детей. Учитывая, что согласно данным эпидемиологических и экологических исследований, Харьков относится к числу экологически неблагоприятных регионов, проведение данного исследования является актуальным и имеет практическое значение.

Цель работы: определение микроэлементного профиля у детей пубертатного возраста Харьковского региона.

Материалы и методы: Обследовано 87 детей 13-16 лет, которые приживают в г. Харькове. Все дети прошли комплексное медицинское обследование, в т.ч. и осмотр специалистами, с оценкой физического развития, анализа анамнестических данных. Для оценки элементного статуса определяли содержание микро- и макроэлементов (МЭ) в волосах детей методом масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой на аппарате «ElvaX». Волосы являются идеальным объектом исследования МЭ, так как в волосах накапливаются практически все доступные для анализа химические элементы и выявление дисбаланса МЭ в организме по их содержанию в волосах происходит на ранней стадии, еще до появления выраженных симптомов заболевания.

Результаты: Анализ полученных результатов показал, что у 98,2% обследованных детей повышенная раздражительность или возбудимость ребенка является проявлением недостатка магния ($p<0,005$), кальция ($p<0,005$), цинка ($p<0,005$), марганца ($p<0,005$) и/или обусловлено переизбытком меди ($p<0,005$). Причиной нарушений темпов физического развития, которое выявлено у 67,8% детей может стать недостаток калия ($p<0,005$), магния ($p<0,005$), железа ($p<0,005$), цинка ($p<0,005$) или избыток меди ($p<0,005$) и условно-токсических элементов – кобальта ($p<0,005$) и хрома ($p<0,005$). При этом дефицит цинка, фтора и марганца и переизбыток хрома у детей приводит к снижению массы тела и выраженному снижению аппетита. Проблему нарушения зрения у детей можно эффективно решить, выяснив минеральный профиль ребенка. Так, причиной миопии у детей является дефицит магния ($p<0,005$), марганца ($p<0,005$), цинка ($p<0,005$), кальция ($p<0,005$) и селена ($p<0,005$), и переизбыток меди ($p<0,005$) и хрома ($p<0,005$). У 97,4% детей, состоящих на диспансерном учете как часто болеющих детей, выявлено снижение не только эссенциальных, но и условно-эссенциальных элементов – магния ($p<0,005$), железа ($p<0,005$), цинка ($p<0,005$), меди ($p<0,005$), кобальта ($p<0,005$) и селена ($p<0,005$), обуславливает снижение иммунитета ребенка.

Выводы: Таким образом, определение минерального профиля ребенка имеет большое значение в диагностике и правильной терапевтической тактике. К сожалению, на сегодняшний день в Украине данные методы исследования весьма дорогостоящие и не имеют достаточной теоретической базы. Но мы надеемся, что в скором времени данная ситуация коренным образом измениться.

Зозуля О.В., Чекрыжева Е.Д., Мясоедова Е.Ю.
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У
НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии и неонатологии №1

Научный руководитель д.мед.н., проф. М.А. Гончарь

Актуальность исследования состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у новорожденных с диабетическими фетопатиями (ДФ) обусловлена тем, что последние характеризуются специфическими отклонениями в развитии плода от матери с сахарным диабетом, возникающими после первого триместра беременности.

В последующем возможно развитие поражения сердца ребенка в виде гипертрофии миокарда различной степени выраженности.

Цель исследования: изучить состояние сердечно-сосудистой системы у новорожденных с диабетической фетопатией.

Материалы и методы. Обследовано 19 новорожденных от матерей с сахарным диабетом, родившихся в Региональном перинатальном центре г. Харькова в 2013 г. Произведен анализ акушерского анамнеза, физикальное обследование, ЭКГ, ДЭХОКГ. Контрольную группу составили 15 здоровых новорожденных, матери которых не болели СД.

Полученные результаты. Диагноз диабетической фетопатии новорожденных (МКБ10 P70, P70,1) был установлен 18 новорожденным ($94,7\% \pm 5,28$) при рождении. Сахарный диабет (СД) 1 типа наблюдался у 16 матерей ($84,2\% \pm 8,6$), гестационный СД - у 3 ($15,8\% \pm 8,6$). Осложненное течение беременности наблюдалось у 100% обследованных. Многоводие наблюдалось у 7 ($36,8\% \pm 11,36$) обследованных. Родоразрешение путем Кесарева сечения у 18 ($94,7\% \pm 5,3$) новорожденных, физиологические роды - 1 ребенок ($5,3\% \pm 5,2$). Родились в сроке гестации <37 недель 17 ($89,5\% \pm 7,2$) новорожденных, в сроке гестации >37 недель - 2 ($10,5\% \pm 7,2$) детей. Синдром дыхательных расстройств диагностирован у 4 ($21,1\% \pm 9,61$), острая асфиксия - у 3 ($15,8\% \pm 8,59$), по поводу чего 3 ($15,8\% \pm 8,59$) ребенка нуждались в респираторной поддержке. Клинически у детей с ДФ выявлено: макросомия у 5 ($26,3\% \pm 10,37$), пастозность - у 6 ($31,6\% \pm 10,95$), петехии - у 4 ($21,1\% \pm 9,61$), гипертрихоз - у 2 ($10,5\% \pm 7,22$); нарушение рефлексов - у 13 ($68,4\% \pm 10,9$) новорожденных; нежный систолический шум над сердечной областью - 11 ($57,9\% \pm 11,63$) детей. Лабораторно в первые сутки жизни у 6 ($31,6\% \pm 10,95$) новорожденных определялась гипогликемия, которая купирована на 2-3 сутки жизни. По данным ДЭХОКГ выявлена умеренная дилатация правых камер сердца, обратный ток на трикуспидальном клапане - у 14 ($73,7\% \pm 10,37$), на легочной артерии - у 2 ($10,5\% \pm 7,22$). Также выявлены аномальная хорда левого желудочка - у 5 ($26,3\% \pm 10,37$), аневризма межпредсердной перегородки - у 7 ($36,8\% \pm 11,36$); у 3 ($15,8\% \pm 8,59$) детей - легочная гипертензия новорожденных, асинергия сокращений миокарда. Зафиксирована диастолическая дисфункция желудочков по типу замедленного расслабления волокон миокарда. При сравнении морфологических показателей ССС у детей с ДФ с новорожденными контрольной группы получены достоверные различия между конечным диастолическим размером левого желудочка ($p < 0,01$), толщиной задней стенки левого желудочка ($p < 0,05$), толщиной межжелудочковой перегородки ($p < 0,01$).

Выводы. Изменения сердечно-сосудистой системы у новорожденных с диабетической фетопатией характеризуются утолщением перегородок сердца, особенно межжелудочковой перегородки, увеличением конечно-диастолического размера и диастолической дисфункцией левого желудочка.

Криворотько Д. М., Бендзар О. В.

**КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПНЕВМОНІЙ У
НОВОНАРОДЖЕНИХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики педіатрії №2, КЗОЗ «ОДКЛ № 1»
Науковий керівник – д.мед.н., доц. В.А. Клименко.**

Задача: визначити клініко-параклінічні особливості пневмоній (Пн) у новонароджених на сучасному етапі.

Матеріал та методи. Дослідження проводилось шляхом порівняльного аналізу клініко-параклінічних даних новонароджених, що лікувалися з приводу Пн у 2009–2011 рр. (51 пацієнт — основна група) та у 1999–2000 рр. (23 дитини — група контролю). Клінічне обстеження проводилося рутинними методами. Серед даних параклінічного обстеження аналізувались рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини, бактеріологічне дослідження слизу з трахеобронхіального дерева (ТБД) з визначенням чутливості мікробної флори. Результати дослідження опрацьовано непараметричними методами статистики.

Результати. В структурі Пн на сучасному виявлено тенденцію до зменшення частки негоспітальних Пн з $39,1 \pm 10,2 \%$ до $21,6 \pm 5,8 \%$ ($p > 0,05$), та збільшення частоти вентиляційних Пн $30,4 \pm 9,6 \%$ до $45,1 \pm 7,0 \%$ ($p > 0,05$). Питома вага вроджених Пн суттєво не змінилася ($30,4 \pm 9,6 \%$ в порівнянні з $33,3 \pm 6,6 \%$; $p > 0,05$). Тривалість аускультативних змін з боку респіраторної системи становила $17,0 \pm 1,7$ та $17,3 \pm 1,8$ діб ($p > 0,05$) в основній та контрольній групах відповідно. Виявлено зменшення тривалості ШВЛ — $12,9 \pm 2,4$ діб та $9,3 \pm 1,1$ діб ($p > 0,05$), кількості хворих з затяжним перебігом з $21,7 \pm 8,6 \%$ до $11,8 \pm 4,5 \%$ ($p > 0,05$), ліжко-днів $31,2 \pm 3,2$ і $28,7 \pm 3,3$ ($p > 0,05$) у 2000 р. та 2010–2011 рр. Встановлено зміни мікробного пейзажу ТБД: окрім типових збудників *Ps. Aeruginosa* та *St. aureus*, у 2000 р. у 20 % хворих виділено *K. pneumonia* (2010–2011 р. — 0 %) і в жодному випадку не висівався *A. calcoaceticus* (2010–2011 р. — 38,4 %).

Висновки. Виявлено вірогідні відмінності щодо мікробної флори ТБД та тенденції щодо зміни клінічного перебігу Пн за останні 10 років.

Міщаніна Д.Р., Покришка А.О.

ПРОФІЛАКТИКА РАХІТУ: ПРОТОКОЛ ТА РЕАЛЬНІСТЬ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра пропедевтики педіатрії № 1**

Науковий керівник: доц. Стенкова Н.Ф.

Сучасні дані щодо поширеності рахіту в різних країнах досить суперечливі, проте, за даними ВООЗ, близько 1 млрд. людей у всьому світі мають дефіцит вітаміну D. Найбільшу потребу у віт. D мають діти до трьох років, вагітні жінки і матері-годувальниці, що пояснюється інтенсивним зростанням скелету дитини як у внутрішньоутробному, так і в постнатальному періодах його розвитку. В Україні з 2005 року існує протокол, який передбачає специфічну профілактику рахіту у даної категорії населення.

Метою проведеного дослідження був аналіз проведення профілактики рахіту на сучасному етапі. Методом анкетування опитано 105 матерів, які мають дітей віком від 1 місяця до 3 років. У результаті дослідження виявлено, що специфічна профілактика рахіту під час вагітності проводилася у 35,8% опитаних матерів, які вживали полівітамінні препарати з рекомендованою денною нормою віт. D. Виявлена залежність проведення специфічної профілактики від рівню освіти: усі матері, що вживали віт. D мали вищу (58,5%) та середню (41,5%) освіту. Специфічна профілактика рахіту у дітей мала місце у 64,3% випадків; неспецифічні заходи щодо профілактики рахіту проводилися у 86,7% дітей. Денні норми віт. D отримали діти, народжені у осінньо-зимову пору року і лише на першому році життя. Протягом другого та третього років життя специфічна профілактика рахіту не призначалася і не проводилася. Під час огляду, остаточні прояви рахіту були виявлені у 23,6% дітей. Достовірних відмінностей залежно від проведення специфічної профілактики рахіту виявлено не було.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчить про необхідність активізації просвітної роботи щодо профілактики рахіту у дітей та проведення подальшого дослідження у цієї галузі.

Молчанюк Д.А., Дубинин С.А., Дмитренко А.С.

РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии №2
Научный руководитель – к.мед.н. Алексеева Н.П.**

Спинальная мышечная атрофия (СМА) – рецессивно наследуемое нервно-мышечное заболевание, характеризующееся дегенерацией нейронов спинного мозга, приводящее к мышечной атрофии и слабости. Выделяют три типа СМА: тип 1 (болезнь Вердника-Гоффмана); тип 2; тип 3 (болезнь Кугельбергера – Веландера). Слабость дыхательных мышц приводит к недостаточному кашлевому рефлексу, плохому удалению секрета из бронхов, недоразвитию легких и грудной клетки, гиповентиляции, быстрому развитию дыхательной недостаточности (ДН) при респираторных заболеваниях.

Цель исследования: оценить состояние респираторных функций у детей, страдающих СМА, проанализировать современные методы лечения и профилактики болезней дыхательной системы у таких детей.

Материалы и методы: в исследование включены 9 детей г. Харькова в возрасте от 6 мес. до 10 лет, страдающих СМА (2 случая – тип 1; 7 случаев – тип 2). Проводился анализ генетического обследования; был определен возраст появления респираторных проблем, инфекционный индекс. Спирография проведена у 3-ех детей, страдающих СМА 2-й тип.

Результаты: генетическое обследование на наличие дефектного гена SMN проведено у 7-ти детей: у 2-х детей выявлена делеция 7-го экзона теломерного гена SMN, у 3-х – делеция 7-го и 8-го экзонов теломерного гена SMN, у 2-х – делеция 7-го и 8-го экзонов теломерного гена SMN и делеция 5-го экзона гена NAIP в гомозиготном состоянии. У детей с 1-ым типом СМА респираторные проблемы возникали, как правило, в первом полугодии жизни (~3.5 мес.) и характеризовались быстрым развитием ДН с необходимостью применения ИВЛ. У детей со 2-ым типом СМА рецидивирующие инфекции органов дыхания развивались преимущественно на 2-ом году жизни и характеризовались развитием пневмоний с затяжным течением. Для пациентов со 2-ым типом СМА типичным было наличие рестриктивных вентиляционных нарушений по данным спирографии даже в период отсутствия респираторных заболеваний, что обусловлено наличием у этих детей слабости дыхательной мускулатуры, деформации грудной клетки (кифоз, сколиоз).

Выводы. СМА приводит к значительному снижению респираторных функций у детей. Легочные заболевания являются главной причиной заболеваемости и смертности больных со СМА типов 1 и 2. Профилактика респираторных инфекций и адекватная своевременная терапия их у детей со СМА чрезвычайно актуальны для улучшения качества жизни таких пациентов. Имеющиеся принципы лечения, способы оценки функционирования дыхательной системы, а также длительного поддержания жизнедеятельности таких больных в нашей стране на сегодняшний день несовершенны, что делает необходимым рассмотрение и внедрение современных методик, предложенных учеными европейских медицинских институтов.

Оноприенко Е.А., Дулембова В.Э., Крыжановская Е.Н.
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Научный руководитель – к.мед.н., доцент Ищенко Т.Б.

Железодефицитные анемии (ЖДА) являются распространенной патологией и составляют примерно 80% от всех анемий. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире более 500 тыс. человек страдает ЖДА. Распространенность ЖДА у детей развитых европейских странах составляет около 50% у детей младшего возраста; более 20% у детей старшего возраста. Причины развития ЖДА многочисленны, а одними из них являются наличие у ребёнка раннего возраста латентной сидеропении (ЛС) и микробно-воспалительных заболеваний.

Цель исследования: изучение течения латентной сидеропении на фоне острых пневмоний у детей раннего возраста.

Материалы и методы: обследованы 43 ребёнка в возрасте от 6 мес до 3 лет. 22 ребёнка-основная группа и 21 ребёнок группы контроля. У детей обеих групп диагностирована острая внегоспитальная пневмония. Всем больным с целью диагностики ЛС было проведено: полный клинический анализ крови, определение уровня сывороточного железа (СЖ) крови. При поступлении у детей обеих групп зарегистрирована ЛС. Основная группа больных в составе комплексной терапии острых пневмоний получала препараты двухвалентного железа в дозе 2.5 мг/кг сут.

Результаты: у больных контрольной группы в ходе лечения острых пневмоний на второй неделе терапии зарегистрировано развитие ЖДА средней степени тяжести, а у больных основной группы развитие анемии не происходило, сохранялись умеренно сниженными показатели СЖ (11.4ммоль/л), в сравнении с уровнем СЖ больных группы контроля (9.3ммоль/л).

Выводы: 1.У детей с микробно-воспалительными заболеваниями средних дыхательных путей целесообразным является исследование СЖ крови с целью исключения ЛС. 2.С целью профилактики развития ЖДА у детей с ЛС на фоне острых пневмоний необходимо включать в состав комплексной терапии препараты железа в профилактической дозе.

Острополец А.С.
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии №2
Научный руководитель: к.м.н., доцент Поддубная И.Н.

Актуальность. Острые лейкозы (ОЛ) у детей до сих пор остаются одними из самых тяжелых и неблагоприятных заболеваний. Одной из проблем, связанных с ОЛ, являются осложнения высокодозной полихимотерапии (ПХТ), в частности, поражения гепатобилиарной системы.

Цель. Исследовать функциональное состояние печени и ее кровотоков у детей, больных ОЛ.

Материалы и методы. Обследовано 75 детей гематологического отделения ХГКДБ№16 в возрасте от 1 месяца до 18 лет, больных лейкозом, диагноз которого устанавливали по общепринятым критериям. 30 детей получали терапию индукции ремиссии, 35 – консолидации, а 8 – поддерживающую. На всех этапах проводилось УЗИ с доплерографией и анализ крови на печеночные пробы.

Результаты. Варианты лейкоза представлены лимфобластным (61 больной – 81,3%), 24 из них (39,3%)- Т-клеточный, и миелобластным (14 детей – 18,7 %). Еще до начала лечения у всех детей печень была увеличена, гиперэхогенность структуры отмечалась у 94,4 % детей. У 38,9±11,8 % детей были обнаружены изменения скоростных характеристик кровотока (увеличение скорости в воротной вене ($V_{вв}$) и индекса объемного кровотока ($ИОК_{вв}$)), а также повышение индекса резистентности в печеночной артерии у 66,6±11,2% детей. Повышение ЛДГ и соотношения ЛДГ5/ЛДГ4 наблюдалось у всех детей (374,48±148,3 Ед/л) и коррелировало со степенью тяжести, хотя АЛТ, ЩФ, тимоловая проба и общий билирубин оставались в норме. При проведении ПХТ на 5% снизилось количество детей с гепатомегалией, у 8% детей нормализовалась ее структура, но в 1,7 раза увеличилось количество детей с повышенными $V_{вв}$, ИОК и патологическим спектром печеночного кровотока. Уровень общей ЛДГ достоверно повышался (457,84±93,9 ЕД/л), ЛДГ4 и ЛДГ5 повышались в 1,5 и 1,3 раза соответственно. После окончания полного курса ПХТ при наличии ремиссии в течение 2,5-4 лет количество детей с повышенными $V_{вв}$ и ИОК уменьшилось до 30,4%, а с патологическим спектром печеночного кровотока – до 34,8%; уровень ЛДГ и ее изоформ снизился. Тем не менее, печень оставалась увеличенной у 60,9±10,3% детей, гиперэхогенность сохранялась у 56,5±10,5% детей.

Выводы. Функциональные изменения печени, в т.ч. повышение ЛДГ4 и ЛДГ5, отмечаются у всех детей с ОЛ еще до начала лечения, что обусловлено опухолевой инфильтрацией паренхиматозных органов, а у половины из них это сопровождается нарушениями печеночного кровотока. На фоне ПХТ последние ухудшаются в 1,5-1,7 раза и сохраняются у 30-32 % детей после окончания полного курса. Подобные изменения могут служить критерием тяжести заболевания. Через 2,5-4 года стойкой ремиссии изменения печени сохраняются у 56,5±10,5 % детей и имеют положительную динамику с течением времени.

Острополец А.С.
ОСОБЕННОСТИ АДАПТИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У ДЕТЕЙ
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра пропедевтики педиатрии №1

Научный руководитель: д.м.н., проф. Охупкина О.В.

Растущий организм ребенка характеризуется достаточно высокой пластичностью и чувствительностью, как к благоприятным, так и к неблагоприятным факторам экзо- и эндогенного характера. Именно в таких условиях жизнедеятельности адаптационные возможности ребенка обеспечивают его адекватное развитие и существование. Особенно это актуально при наличии у ребенка функциональных нарушений органов и систем и/или наличии патологии.

Цель работы: определение особенностей адаптационно-компенсаторных механизмов детей школьного возраста при нагрузке.

Проведен комплексный осмотр 50 детей в возрасте от 7 до 16 лет. План обследования включал тщательный сбор анамнеза, оценку физического развития и уровня соматического здоровья (осмотр специалистами), проведение функциональных проб. Для оценки адаптационных механизмов проведена модификация пробы Шалкова, которая представляла собой измерение ЧСС и АД в покое и двукратное после двух сетов из 20 приседаний за 30 секунд. Адаптационный потенциал (АП) определяли в состоянии покоя и после нагрузки по формуле: $АП = 0,011(ЧСС) + 0,014$

(САТ) + 0,008 (ДАТ) + 0,014 (возраст, годы) + 0,009 (масса, кг) – 0,009 (рост, см) – 0,27. Статистическая обработка проведена с позиций доказательной медицины.

Анализ результатов проведения нагрузочной пробы Шалкова показал, что у 60% детей выявлена положительная проба Шалкова, у 20% отрицательная и парадоксальная (снижение показателей ЧСС и АД после нагрузки) соответственно. Средний показатель АП в покое составил $2,06 \pm 0,075$, без достоверных гендерных отличий ($(2,04 \pm 0,08)$ у мальчиков и $(2,09 \pm 0,09)$ у девочек). При этом выявлены возрастные отличия между группой младших и старших школьников ($(1,98 \pm 0,075)$ и $(2,13 \pm 0,085)$ соответственно, $p < 0,05$), что указывает на более хорошие адаптационные возможности организма у младших детей. У всех обследуемых детей после 1-го сета приседаний отмечалось напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов, что свидетельствует об адекватной реакции организма на нагрузку (в среднем АП составил 2,32). После 2-го сета приседаний отмечалось снижение показателя АП в среднем до $2,08 \pm 0,085$. При этом у младших школьников выявлено достоверно большее его снижение по сравнению со старшеклассниками ($1,99 \pm 0,07$ и $2,17 \pm 0,09$ соответственно). Проба же Шалкова была отрицательной всего лишь в 6%, положительной – 54%, а вот уровень парадоксального ответа возрос в 2 раза. Учитывая, что адекватной реакцией организма на длительную нагрузку (стресс) является напряжение адаптационно-компенсаторных механизмов, что в свою очередь запускает процессы саногенеза. Снижение цифровых данных АП при нагрузке может свидетельствовать о срыве компенсаторных механизмов, когда организм ребенка в стрессовых условиях (массивная нагрузка) перестает реагировать на изменяющиеся процессы в организме, что может в свою очередь привести к формированию патологических состояний.

Таким образом, у более половины современных детей школьного возраста при минимальной нагрузке наблюдается нарушение адаптационных механизмов, которое прогрессирует при продолжении нагрузки, а адаптация принимает извращенные формы, что является неблагоприятным фактором, влияющим на уровень здоровья детского организма.

Подгалай Е.В.

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №1 и неонатологии
Научный руководитель - доц. Малич Т. С.**

Актуальность темы: В последнее время увеличилось число новорожденных с нарушениями сердечного ритма (НСР) сразу после рождения. С одной стороны, НСР могут являться вариантом адаптационного механизма, обусловленного физиологическими нарушениями метаболизма миокарда всех новорожденных, а с другой стороны, эти изменения могут быть причиной органического поражения ССС или токсического воздействия наиболее частого вида токсикомании – табакокурения.

Цель: Изучение причин появления аритмий у новорожденных в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы: Методом случайной выборки было обследовано 10 новорожденных, у которых после рождения выявлены аускультативные изменения со стороны ССС в виде аритмий. Для верификации диагноза проводилось изучение анамнеза, клинической картины, мониторинг витальных функций, ЭКГ, ЭХО-ЭКГ, доплерография, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру; определение уровней тропонина I, ЛДГ, КФК.

Результаты исследования: Акушерский анамнез у новорожденных был неотягощен. При объективном исследовании состояние детей было

удовлетворительным. Аускультативно были обнаружены НСР в виде тахикардии, брадикардии, экстрасистолии. При инструментальном исследовании ССС выявлены НСР в виде синусовой тахикардии - у 60%, брадикардии - у 20%, экстрасистолия - у 20%. С помощью лабораторных и инструментальных методов исследования, органическая патология и врожденные аномалии ССС были исключены, но было обращено внимание на то, что матери этих детей злоупотребляли курением во время беременности и после родов при кормлении грудью. Было заподозрено, что патологические изменения со стороны ССС стали следствием токсического влияния табака. После проведенных бесед с матерями о вреде курения на организм ребенка и прекращении его, наблюдалась быстрая положительная динамика по нормализации аускультативных и инструментальных данных со стороны ССС у новорожденных, которая имела место и при катamnестическом наблюдении через 2 месяца.

Выводы: 1. Табакокурение матери во время беременности и после родов, при кормлении грудью, может приводить к появлению различных вариантов НСР у новорожденных. 2. Тщательное изучение анамнеза позволяет провести дифференциальный диагноз для исключения токсического и органического поражения ССС у новорожденных.

Пугачёва Е.А.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №1 и неонатологии**

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Сенаторова А.С.

Широкая распространенность и высокий уровень летальности от врожденных пороков сердца (ВПС) на первом году жизни обуславливает актуальность поиска информативного скринингового метода диагностики в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Проведено скрининговое обследование 388 новорожденных путем измерения сатурации крови (SpO_2) методом пульсоксиметрии в возрасте 24 - 48 часов жизни. К патологическим значениям отнесены уровень SpO_2 менее 95% или разница между показателями SpO_2 на правой руке (ПР) и ноге (Н) $\geq 3\%$. Верификация диагноза ВПС проводилась при помощи доплерэхокардиографии (ДЭхоКГ).

Среди обследованных 388 новорожденных 212 (55%) мальчиков, 176 (45%) – девочек в сроке гестации $39,4 \pm 0,3$. Снижение SpO_2 ниже 95% отмечено у 12 новорожденных ($3,1\% \pm 0,9$), у 1 ребенка ($0,3\% \pm 0,2$) разница показателей с правой руки и ноги составила $\geq 3\%$. Детям со сниженными показателями сатурации проведена ДЭхоКГ и установлен диагноз ВПС. Путем проведения дискриминантного анализа установлено, что значение SpO_2 (Н) $< 94,5\%$ свидетельствует о вероятном наличии у ребенка критического ВПС. Значения SpO_2 (Н) $> 94,5\%$ и SpO_2 (ПР) $> 98,5\%$ свидетельствуют об отсутствии ВПС. Корректность прогноза 95,9%. Лямбда Уилкса 0,79; $F=48,8$; ($p<0,0001$).

Выводы. Наибольшей информативностью обладали показатели SpO_2 , измеренные на ножке новорожденного. Установлен прогностически значимый уровень сатурации, составляющий 94,5% (Н), который позволяет выявить пациентов с критическими врожденными пороками сердца в раннем неонатальном периоде.

Разумная К.А.
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики педиатрии №1

Научный руководитель: д.м.н., проф. Охупкина О.В.

На сегодняшний день в Украине уровень патологии сердечно-сосудистой системы (ССС) самый высокий в Европе. И поэтому эффективная профилактика развития угрожаемых жизни состояний, связанных с данной патологией остается актуальной проблемой педиатрии.

Цель: оценка уровня физического развития (ФР) детей школьного возраста с патологией сердечно-сосудистой системы.

Проведено комплексное обследование 147 детей 9-17 лет, которые обучаются в специализированной школе № 9 г. Харькова для детей с патологией ССС. План обследования включал сбор анамнеза, анализ карт развития ребенка, антропометрию, оценку фактического питания, осмотр специалистами, функциональные и инструментальные методы исследования.

Анализ антропометрических показателей, показал, что только 16,4% детей имеют средний уровень ФР. При этом, более 10% детей имеют ожирение, диагностированное эндокринологом. Детей с повышенной массой тела практически в 3 раза больше, чем детей со снижением данного показателя (27,8% и 10,75% соответственно, $p < 0,005$). У 18,5% детей отмечено снижение и у 15,7% - ускорение линейного роста, при этом все дети с высоким ростом имели признаки дисплазии соединительной ткани.

Следующий этап нашей работы был посвящен выяснению наиболее значимых факторов, влияющих на ФР обследованных детей. Дети находятся в специализированной школе имеют 5-разовое полноценное питание, включая свежие фрукты ежедневно в течение всего учебного года. При этом 62,8% детей соблюдают диету дома после школы. И только 3,4% детей в домашних условиях имеют в рационе рафинированные сахара (сладости), 22,8% - сладкие газированные напитки, 13,8% - последний прием «тяжелой пищи» после 21.00, 11,9% - хлебо-булочные изделия, что значительно ниже средне популяционных данных. Не менее важным фактором, влияющим на уровень ФР ребенка, является двигательная активность ребенка. 64,8% детей посещают уроки физкультуры, которые проходят в виде облегченных занятий, лечебной физкультуры. После школы только 18 детей (12,2%) гуляют на свежем воздухе, и только 5 детей имеют 2-х часовые пешие прогулки по выходным. Несмотря на то, что дети находятся в специализированной школе, знают о наличии своей патологии, 8,2% детей курят и 9,5% - употребляют слабоалкогольные спиртные напитки. При этом, возраст детей варьировал от 10 до 16 лет. Таким образом, наиболее существенным негативным фактором, влияющим на уровень ФР и здоровья ребенка в целом является наличие гиподинамии, что зарегистрировано у практически у 85% детей с патологией сердечно-сосудистой системы. При этом согласно рекомендациям американской ассоциации кардиологов для хорошего здоровья детям с сердечно-сосудистой патологией с 5 лет необходимо ежедневная дозированная физическая нагрузка.

Вывод: гиподинамия – это враг номер один для детей с патологией сердца, которая приводит к повышению массы тела и ожирению, что в свою очередь является одним из решающих факторов в прогрессировании патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Если не принять меры для сохранения здоровья сердца у детей, сегодняшние дети будут иметь тяжелые сердечно-сосудистые заболевания в старшем возрасте.

Стрелкова М.И.

АНАЛИЗ СХЕМ НАБЛЮДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА БОЛЬНЫХ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №2, кафедра медицинской генетики,
г. Харьков, Украина**

доц. Саратов В.Н., доц. Гречанина Ю.Б.

Фенилкетонурия (ФКУ) — наследственное заболевание, связанное с нарушением белкового обмена, сопровождается накоплением фенилаланина (ФА) и его токсических продуктов, что приводит к тяжёлому поражению ЦНС, проявляющемуся, в виде нарушения умственного развития. При своевременной диагностике патологических изменений можно полностью избежать, если с рождения и до полового созревания ограничить поступление в организм фенилаланина с пищей.

Целью нашего исследования явился анализ схем наблюдения детей, критериев подбора специальных продуктов лечебного питания детей больных ФКУ, а так же оценка рекомендаций по организации их режима питания.

При организации наблюдения, а так же при подборе диетического питания мы использовали Приказ Министерства здравоохранения N 457 от 13.11.2001: «О схемах наблюдения детей, критериях подбора специальных продуктов лечебного питания для детей, больных фенилкетонурией». Для организации лечебного питания ребенка использовали специализированные продукты на основе смесей аминокислот без фенилаланина, полиненасыщенных жирных кислот, большинства витаминов и минеральных веществ, а также специализированные безбелковые и малобелковые продукты на основе крахмалов и/или мальтодекстрина. При организации диетотерапии учитывали: клиническую форму заболевания; уровень фенилаланина в крови; возраст ребенка; количество фенилаланина и натурального белка, получаемого с пищей; количество основных пищевых веществ и энергии в лечебном рационе; толерантность ребенка к пищевому фенилаланину; нутритивный статус.

Подсчет белка в рационе больного ФКУ мы начинали с определения допустимого суточного объема ФА. При расчете нами использовалось общепризнанное положение в диетологии ФКУ: 50 мг фенилаланина = 1 г белка, тем самым мы определяли количество натурального белка, которое ребенок может безопасно получить из натуральных продуктов. Для расчета суточной дозы специализированного продукта нами использовалась специальная формула. Суточную норму ФА нужно мы распределяли в течение дня по следующей схеме: 10-15% - завтрак; 5-10% - полдник; 40-50% - обед; 20-30% - ужин. Детям до 5-ти лет рекомендовали принимать гидролизат 4-5 раз в сутки. Для детей старшего возраста — не менее чем три раза в день. Обязательно соблюдение питьевого режима. Во время болезни детей мы обращали внимание на количество употребляемых калорий, так как дефицит энергии является основной причиной ускорения катаболизма белков, а вследствие этого повышается уровень фенилаланина. При инфекциях мы увеличивали поступление энергии на 20 – 30% (количество гидролизата увеличивали на 10-20%). При высокой температуре увеличивали количество энергии на 12% на каждый 1 градус температуры. В меню ребенка 80% - это гидролизат, 15% - разрешенные обычные продукты (овощи, фрукты) и только 5% это спецпродукты (на основе крахмалов).

Таким образом, проведенный нами анализ схем наблюдения, особенностей организации режима питания больных ФКУ в различные возрастные периоды и при

возникновении интеркуррентных заболеваний для детей с ФКУ, продемонстрировал актуальность этой проблемы в настоящее время.

Стрелкова М.И.
ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, БОЛЬНЫХ
ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №2, кафедра медицинской генетики,
доц. Саратов В.Н., доц. Гречанина Ю.Б.

Фенилкетонурия (ФКУ) – это наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение аминокислотного обмена с распространенностью 1:6000-1:10000 новорожденных детей. При классической форме ФКУ в организме ребенка накапливаются значительное количество фенилаланина (ФА) и продуктов его аномального метаболизма, что приводит к поражению ЦНС и слабоумию, тем самым нарушая его социальную адаптацию. Клиническая характеристика. При рождении ребенок с классической ФКУ внешне выглядит благополучным. К характерным фенотипическим особенностям относят: гипопигментацию кожи, волос, радужной оболочки глаз, появление своеобразного «мышинного запаха» мочи. При отсутствии лечения клинические симптомы манифестируют в возрасте 2-6 месяцев. Впоследствии формируется задержка психомоторного и речевого развития, возможно развитие эпилептических приступов.

Целью нашего исследования был анализ использования диетотерапии для детей первого года жизни, больных фенилкетонурией. Для реализации цели нашего исследования мы провели анализ диетотерапии у 3-х детей до одного года.

Для организации лечебного питания ребенка, больного ФКУ, использовали специализированные продукты на основе смесей аминокислот без фенилаланина, полиненасыщенных жирных кислот, большинства витаминов и минеральных веществ, а также специализированных безбелковых и малобелковых продуктов на основе крахмалов и/или мальтодекстрина. Рацион питания больного ФКУ строили по принципу резкого ограничения фенилаланина, поступающего с пищей. Для детей первого года жизни использовали специализированную аминокислотную смесь без фенилаланина, предпочтение отдавали сохранению частичного вскармливания материнским грудным молоком при условии его сцеживания для учета количества белка и фенилаланина. Потребность в основных нутриентах у больного ФКУ первого года жизни соответствовала потребностям здоровых детей. Количество белка натуральных продуктов в лечебном рационе определяли с помощью «порционного» способа: 50 мг фенилаланина = 1 грамм естественного белка, что позволило нам производить адекватную замену продуктов по ФА. Белок за счет естественных продуктов в диете составлял 20-22% от возрастной физиологической нормы, недостающее количество белка восполняли за счет специализированных продуктов.

Анализ состояния психомоторного развития у детей первого года жизни, больных ФКУ, показал, что у 100% из них, при использовании специализированной диеты, показатели психомоторного развития соответствовали возрастным нормам.

Таким образом, использование специализированной диетотерапии у детей первого года жизни, больных ФКУ, предупреждает развитие у них социальной дезадаптации, вследствие задержки психомоторного развития, и, таким образом, является основным элементом патогенетической терапии данного заболевания.

Стрелкова М.И.
МЕТОДЫ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
ФЕНИЛКЕОНУРИИ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №2, кафедра медицинской генетики,
доц. Саратов В.Н., доц. Гречанина Ю.Б.

Фенилкетонурия (ФКУ), в основе которого лежит нарушение аминокислотного обмена – наследственное заболевание, которое в числе первых наследственных нарушений обмена веществ (в 1986 году) была рекомендована ВОЗ для включения в программу неонатального скрининга с целью выявления больных ФКУ на доклинической стадии. Раннее выявление ФКУ у новорожденных, своевременное и правильное ведение таких больных с первых дней жизни имеет решающее значение, так как обеспечивает нормальное психомоторное развитие и социальную адаптацию этих детей.

Целью нашего исследования было изучение эффективности лабораторных методов неонатального скрининга на ФКУ: флуорометрического метода (сухие пятна крови), исследование аминокислот методом тонкослойной хроматографии (ТСХ), исследование аминокислот крови методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Ежегодно в лаборатории Харьковского специализированного медико-генетического центра обследуются более 60000 новорожденных из 4-х областей Украины: Харьковской, Сумской, Черниговской, Полтавской (территория 115,9 тыс. км², население – 7,1 млн. жителей). За период действия программы скрининга на ФКУ в ХСМГЦ было суммарно обследовано в 4-х областях 1317010 детей; из них было выявлено 206 детей больных ФКУ; частота распространенности заболевания – 1: 6393. По Харькову и области был обследован 615641 ребенок; выявлено – 76 больных детей; из них 35 (46%) – мальчики, 41 (54%) – девочки; из которых детей до 1-го года – 2 ребенка; от 1 до 3-х лет – 7 детей; от 3 до 7-ми лет – 24 ребенка; от 7 до 13 лет – 21 ребенок; от 13 до 18 лет – 22 ребенка. Оптимальный срок взятия образцов крови для получения достоверных результатов скрининга является 4-5 дни жизни для доношенных детей, а для недоношенных – не ранее 7 дня жизни.

Согласно полученным нами данным, самой высокой точностью обладает метод диагностики с использованием тест-систем для флуориметрического определения фенилаланина в образцах крови, высушенных на фильтровальной бумаге «Neonatal phenylalanin», флуорометров «Флюороскан-2» (Labsystems), анализатора-фотометра иммуноферментно-флуоресцентного Victor3 1420 (Perkin Elmer), использование минимального количества исследуемого материала, аналитическая надежность. Положительными сторонами этого метода, как мы полагаем, являются его практичность, аналитическая надежность, а так же относительная дешевизна, что дает основания использовать его для массового скрининга на ФКУ и контроля лечения выявленных больных. Из чего следует, что главным критерием для подтверждения диагноза ФКУ является уровень содержания ФА в сыворотке крови, которое определяется флуорометрическим методом.

Таким образом, проведенное изучение методов скрининга на ФКУ флуорометрическим методом продемонстрировало сохраняющуюся актуальность неонатального скрининга ФКУ, так как раннее выявление болезни позволяет определить своевременное, регулярное и контролируемое лечение, что позволяет достичь хороших показателей социальной адаптации.

Сытник В.В.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии №2

Научные руководители: асс. Головачева В.А., асс. Триндюк Ю.С.

Многочисленные исследования последних десятилетий показали, что большинство неинфекционных заболеваний в современном обществе развиваются под действием факторов окружающей среды. Почка относится к ключевым элементам системы адаптации, являясь чрезвычайно чувствительной к различного рода экзогенным и эндогенным модуляторам. Нагрузки электромагнитных полей различной мощности и частоты диктует необходимость установить влияние электромагнитного излучения (ЭМИ) на почки уже в детском возрасте.

Цель исследования: оценить влияние ЭМИ на состояние системы перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состояния антиоксидантной системы (АОС) у детей на примере экспериментального исследования.

Материалы и методы: Экспериментальное исследование проведено на 3-месячных крысах линии Вистар (20 самок и 20 самцов) и их потомках периода новорожденности. Взрослые самки основной группы находились под действием низкоинтенсивного ЭМИ сантиметрового диапазона (1-10 см) с плотностью потока мощности до 3мВт/см² каждый день по 4 часа в течение 1 месяца до беременности и в период беременности. Животные контрольной группы каждый день по 4 часа пребывали в камере, соответствующей размерам камеры прибора. Содержание продуктов ПОЛ – малонового диальдегида и диеновых конъюгатов – в гомогенатах почечной ткани и в сыворотке крови определяли спектрофотометрическим методом. Концентрацию S-нитрозотиолов определяли спектрофлуорометрическим методом. Активность каталазы определяли спектрофотометрическим методом.

Результаты исследования: о степени активации ПОЛ мы судили по содержанию начальных (малоновый диальдегид) и конечных продуктов (диеновые конъюгаты) в сыворотке крови. Содержание малонового диальдегида у животных основной группы увеличивается в 2 раза ($4,87 \pm 0,3$ мкМ/л) по сравнению с группой контроля ($2,43 \pm 0,26$ мкМ/л). Уровень диеновых конъюгатов также достоверно ($p < 0,05$) выше в экспериментальной группе ($92,75 \pm 5,18$ мкМ/л) по сравнению с контрольной группой ($53,87 \pm 2,25$ мкМ/л). Таким образом, активность ПОЛ у животных основной группы увеличена. Состояние АОС оценивали по содержанию S-нитрозотиолов и активности каталазы. Установлено снижение активности каталазы у крысят основной группы (основная группа - $1,56 \pm 0,12$ мкКат/ч Нв; группа контроля - $2,05 \pm 0,03$ мкКат/ч Нв), что, вероятно, связано с высокой степенью активности протеолитических ферментов. У новорожденных крысят основной группы содержание S-нитрозотиолов достоверно повышено ($0,37 \pm 0,02$ мМ/л) по сравнению с группой контроля ($0,25 \pm 0,02$ мМ/л), что можно рассматривать как защитный эффект от повреждающего действия ПОЛ.

Выводы: в ткани почек крысят выявлено более активное состояние системы ПОЛ при снижении активности АОС, что может быть проявлением нестойкости биомембран у потомков животных, которые пребывали под хроническим действием ЭМИ.

Феофанова Е.Ю.
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ АСФИКСИИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Научный руководитель: ассистент кафедры, к.мед.н. Бойченко А.Д.

Ранняя диагностика и своевременная коррекция выявленных патологических изменений со стороны сердца у новорожденных после перенесенной асфиксии является важнейшим фактором в снижении частоты и тяжести кардиоваскулярной патологии у детей старшего возраста

Цель: определить морфофункциональные особенности и адаптационные механизмы функционирования сердечно-сосудистой системы в раннем неонатальном периоде у новорожденных, которые перенесли асфиксию.

Материалы и методы. Обследовано 20 новорожденных (мальчики – 55%, девочки – 45%), которые перенесли асфиксию во время родов, с гестационным возрастом $34,3 \pm 2,7$ недели. Группу контроля составили 20 «условно» здоровых новорожденных в сроке гестации 39-40 недель, у которых внутриутробное развитие и ранний неонатальный период протекал без соматических и неврологических осложнений.

Результаты исследования: В клинической картине у новорожденных после перенесенной асфиксии в раннем неонатальном периоде у 80,0% ($p \leq 0,05$) детей выслушивался систолический шум в проекции митрального и/или трикуспидального клапанов, у 70,0% ($p \leq 0,05$) отмечалась бледность кожных покровов, тахипноэ – у 35,0% обследованных, акроцианоз или цианоз – у 35,0% новорожденных, «мраморность» кожных покровов – у 30,0% детей. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы проявлялись в виде нарушений ритма сердца у 25,0% больных, акцент II тона над легочной артерией – у 20,0%, приглушенность тонов сердца у 15,0% новорожденных. Нарушения внутрисердечной гемодинамики у обследованных детей после перенесенной асфиксии представлены в виде дилатации полости левого желудочка у 20,0%, дилатации полости правого желудочка у 70,0% ($p \leq 0,05$), дилатации полости левого предсердия у 35,0% детей, повышения среднего давления в стволе легочной артерии у 70,0% ($p \leq 0,05$) новорожденных, регургитации на пульмональном клапане у 65,0% ($p \leq 0,05$) больных, снижение сократительной способности миокарда у 15,0% обследованных. Нормокинетический тип центральной гемодинамики зарегистрирован у 55,0% детей. Гиперкинетический – у 10,0% обследованных, гипокинетический – у 35,0% ($p \leq 0,05$, по сравнению с контрольной группой) новорожденных. Последний является прогностически неблагоприятным фактором риска прогрессирования миокардиальной дисфункции. После перенесенной асфиксии систолическая дисфункция установлена у 40,0% обследованных. Диастолическая дисфункция выявлена у 45,0% больных, в виде аномального расслабления – в 20,0% случаев, неопределенный тип – у 25,0% новорожденных. Диастолическая дисфункция может являться ранним маркером риска развития сердечной недостаточности.

Выводы: 1. У новорожденных после перенесенной асфиксии систолическая дисфункция установлена у 40%, диастолическая – у 45% детей. 2. Нормокинетический тип центральной гемодинамики зарегистрирован у 55% обследованных, гиперкинетический – у 10% детей, гипокинетический – у 35% ($p \leq 0,05$) новорожденных и является фактором риска прогрессирования миокардиальной дисфункции. 3. Эхокардиографическое обследование является необходимым методом диагностики миокардиальной дисфункции в раннем неонатальном периоде.

Червань І.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра педиатрии №2
Научный руководитель: доц. Яровая Е.К.

Актуальность: Инфекции мочевыводящих путей являются одной из наиболее распространенных бактериальных инфекций у детей до 2 лет. Повторные атаки пиелонефрита как инфекции верхних мочевыводящих путей могут привести к почечному повреждению, артериальной гипертензии и почечной недостаточности. Согласно литературным данным у 5-6% детей с пиелонефритом может развиваться такое позднее осложнение, как гипертония, а у 2 % детей с пиелонефритом на фоне пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) развивается хроническая почечная недостаточность. Хронический пиелонефрит на фоне аномалий развития мочевыделительной системы и ПМР является причиной трансплантации почки 15% пациентов.

Цель: изучить клинические особенности течения пиелонефрита у детей до 3-х лет.

Материалы и методы: Проанализировано 198 историй болезни детей с пиелонефритом, получавших лечение в нефрологическом отделении городской клинической детской больницы № 16 г. Харькова, из них 92 в возрасте до 1 года и 106 от 1 до 3 лет. Верификация диагноза и лечение проводились согласно приказу МОЗ Украины № 627 от 03.11.2008г.

Результаты: В обеих группах пациентов преобладали девочки, с увеличением частоты от 61% у девочек до 1 года до 83,5% у девочек 1-3 лет. Большинство пациентов до года (72 % мальчиков и 53 % девочек) были госпитализированы с клиническим синдромом интоксикации (лихорадка, потеря аппетита, раздражительность). В остальных случаях заболевание протекало мало- или бессимптомно. Частота бессимптомного течения увеличивалась с возрастом и отмечалась примерно у каждого второго ребенка в возрасте от 1 до 3 лет. Пороки развития мочевыводящих путей и ПМР были диагностированы у 45% детей до года и у 35% в возрасте 1-3 лет. Факторы риска пиелонефрита (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, патология течения беременности и родов, наследственная предрасположенность, фимоз, желудочно-кишечные расстройства, рахит и др.) были обнаружены у каждого второго пациента. Преобладающим этиологическим фактором развития пиелонефрита (более 60%) являлась кишечная палочка. Большинство микроорганизмов были чувствительны к фторхинолонам, аминогликозидам, цефалоспорином, амоксициллину.

Выводы: Пиелонефрит у детей до 3 лет, вызванный в большинстве случаев кишечной палочкой, клинически чаще протекает с синдромом интоксикации и патогенетически связан с анатомическими или функциональными нарушениями мочевой системы. Высокая частота мало- или бессимптомного течения требует проведения лабораторно-инструментального обследования детей группы риска для своевременного выявления пиелонефрита и врожденных аномалий МВС.

Цимбал В.Н., Макєва Є.А., Коваль В.А.

ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ТА АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ
Харківський національний медичний університет,
кафедра педіатрії №1 та неонатології

Науковий керівник – д.мед.н., професор Макєва Н.І.

Відомо, що захворювання серця та судин у дорослих беруть початок ще в дитячому віці. Порушення адаптації серцево-судинної системи (ССС) до фізичного

навантаження вказує на наявність предпатологічних станів і патологічних змін серця, раннє виявлення яких важливе в дитячому віці.

Мета дослідження: визначити фактори ризику формування кардіальної патології та адаптаційні можливості ССС до фізичного навантаження у підлітків шляхом вивчення антропометричних показників, основних показників вітальних функцій, аналізу результатів проби Руф'є.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 94 підлітки, учнів 9-тих класів (43 хлопці і 51 дівчинка) 14-15 років, 42 з яких проживають у місті (Орджонікідзевський район м. Харкова) та 52 – у районах Харківської області. Проведено обстеження антропометричних показників та параметрів: маса тіла (Мт, кг), зріст стоячи (Зр, м), індекс маси тіла (ІМТ), площа поверхні тіла (ППТ, м²), окружність грудей (ОГр, см), окружність талії (ОТ, см), окружність стегон (ОС, см), окружність плеча в середній третині (ОП, см), окружність стегна в середній третині (Ост, см), окружність гомілки в середній третині (ОГом, см), товщина шкірної складки під лопаткою (ШСЛ, мм), над біцепсом (ШСБ, мм), над трицепсом (ШСТ, мм), в ілеацекальній ділянці (ШСІ, мм) з подальшим розрахунком сумарної шкірної складки (СШС, мм). Для визначення характеру структури тіла оцінювали відсоток вмісту жиру в організмі (% жиру). Досліджували показники вітальних функцій: частоту дихання (ЧД), частоту серцевих скорочень (ЧСС), систолічний артеріальний тиск (САТ) та діастолічний артеріальний тиск (ДАТ). Для визначення функціонального стану та адаптаційних можливостей ССС до фізичного навантаження проводили пробу Руф'є.

Результати дослідження. Встановлено, що антропометричні показники та параметри дівчат і хлопців, які мешкають у місті, не мають достовірних відмінностей із нормативами (усі $p > 0,05$), однак мають суттєві статеві відмінності: величини таких показників як Мт, Зр, ППТ, ОТ, ОТ/ОС у дівчат вірогідно нижчі, ніж у хлопців (усі $p < 0,05$), а відповідно ШСБ, ШСТ, ШСЛ, ШСІ, СШС, % жиру – вірогідно вищі (усі $p < 0,05$). Одержані результати відображають нормальні фізіологічні статеві відмінності фізичного розвитку дітей, які набирають наочності під час статевого дозрівання. Між хлопцями та дівчатами, що мешкають у місті кількість відмінностей зменшується. Хлопці, порівняно з дівчатами, мають статистично значущо вищий показник ШСБ ($p < 0,05$), а статевих відмінностей за такими показниками як ШСТ, ШСЛ, ШСІ, СШС, % жиру не знайдено (усі $p > 0,05$). Хлопці, що мешкають у селі, мають значущо вищі Зр ($p < 0,05$) та ОГом ($p < 0,05$). При відсутності різниці в Мт ($p > 0,05$), у хлопців з села вірогідно нижчі показники ШСБ, ШСТ, СШС, % жиру (усі $p < 0,05$). У хлопців, які мешкають у місті, відповідно знижується питома вага м'язового компоненту маси тіла, а збільшується - жирового компоненту. Це підтверджено тим, що показники СШС ($p < 0,05$), % жиру ($p < 0,05$) хлопців міста вірогідно перевищують нормативні. Порівняння показників вітальних функцій дівчат не визначило суттєвих відмінностей залежно від місця мешкання (усі $p > 0,05$). У хлопців, які мешкають у місті, виявлено підвищення показників САТ ($p < 0,05$) і ДАТ ($p < 0,05$) як під час порівняння із відповідними показниками підлітків чоловічої статі із села, так і із нормативними. Хлопці, що мешкають у місті, частіше ніж дівчата та їхні однолітки з села, мають нижче середнього або низький рівень пристосування ССС до фізичного навантаження. Наявні кореляційні зв'язки між результатами проби Руф'є та % жиру ($r = +0,65$, $p < 0,05$) та індексу маси тіла ($r = +0,53$, $p < 0,05$) підтверджують вплив надмірної ваги на погіршення функціонального стану ССС.

Таким чином, підлітки з надмірною вагою, підвищеним артеріальним тиском та/або зниженим рівнем пристосування ССС до фізичного навантаження входять до

групи ризику формування кардіальної патології та повинні бути під наглядом фахівців.

Яновская Е.А., Маткеримова З.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра пропедевтики педиатрии №2
Научный руководитель –д.мед.н, доцент Клименко В.А.

Медико-социальное значение аллергических заболеваний определяется их высокой и увеличивающейся распространенностью, торпидностью к терапии, большими экономическими затратами, с риском развития социальной дезадаптации, снижением качества жизни детей и их родителей.

Цель: улучшить профилактическую помощь детям с аллергопатологией путем оценки качества их жизни.

Материалы и методы: на базе аллергологического центра КЗОЗ ОДКБ №1 обследовано 48 детей с аллергопатологией. Был создан адаптированный для всех видов аллергопатологии детей 5 - 17 лет «Опросник», в котором учитывался вид патологии, ее длительность, частота обострений, дискомфорт по поводу заболевания, ограничение видов деятельности и ее степень. Результаты обработаны с помощью статистических методов.

Результаты: Среди обследованных детей (50%/50% мальчиков и девочек) большинство (43%) детей младшего школьного возраста, 32% -дошкольники, 25% - дети старшего школьного возраста. В 50% случаев отмечались респираторные аллергии (РА) (Аллергические риниты, бронхиальная астма), в 32% - рецидивирующие крапивницы (Кр), 18% страдали поражениями кожи (ПК) (атопические, аллергические дерматиты). Чаще 4-5 р/год обострения отмечались у детей с РА (28%) и Кр – 20%. Дискомфорт по поводу основного заболевания испытывали дети с ПК (60% из них 68% детей младших школьников) и РА (49,6%), среди которых 76% старших школьников. Дети с РА чаще испытывали дискомфорт по поводу занятий спортом (71%, из них 87% старших школьников), одинаково часто – из-за общения с животными и участия в мероприятиях (14%). Пациентов с Кр беспокоили ограничения в питании (77%, из них 49% дошкольников, 36% - младших школьников), занятиях спортом (33%), общении с животными (28%). При ПК значение имели: ограничения в общении с животными (60%), питании (40%), реже (24%) – участия в мероприятиях.

Выводы: Качество жизни детей с РА чаще снижено за счет ограничений занятия спортом, участия в общественных мероприятиях и общения с животными; детей с ПК и Кр - за счет ограничений в питании, общения с животными. Наибольший психологический дискомфорт, обусловленный заболеванием, испытывают дети с ПК.

ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА

OgundipeBabafemi, Thurein Soe, Myroshnychenko M.S., Pliten O.N.

ETHICAL ASPECTS IN THE WORK OF THE PATHOLOGIST

Kharkiv National Medical University,

Pathological Anatomy Department, Kharkiv, Ukraine

Pathology is the foundation of medical practice. Without pathology the practice of medicine would still rely on myths and folklore. A pathologist is a physician identifying diseases based on the examination of cells and tissues removed from the body. Activity of the pathologist is associated with biopsies and autopsies. In the practice of the pathologist there are many ethical issues in his relationship with patients, relatives of the deceased, colleagues and other doctors.

When a person dies, his relatives are often confused and bereaved. One of the ways to help the family is to carry out an autopsy. The pathologist should explain to the relatives of the deceased about the following benefits from the autopsy: discovering inherited or familial diseases may help families through early diagnosis and treatment, and in family planning; discovering infectious diseases, for example tuberculosis, may lead to early diagnosis and treatment to help other family members and close contacts; confirming a specific cause of death may ease the stress of the family members or friends about what they could have done to prevent the death; information gained from the autopsy may help someone else to live longer by increasing knowledge about causes and course of an illness, and effects of different types of treatment. During the autopsy, the pathologist should carefully conduct the research, quietly and systematically.

After an autopsy investigation or a biopsy research, the pathologist can make a correct diagnosis. However, the pathologist sometimes can make the wrong diagnosis. This could be due to various reasons such as: the pathologist could be faced with a rare disease; pathologist can give different diagnosis for the same tissue sample based on experience and knowledge; and even the most experienced pathologist is human and cannot always claim 100% accuracy in making a diagnosis. In severe and rare cases the pathologist should consult with colleagues. Pathologists can hold different opinions for the same diagnosis and sometimes may criticise one another. However, such discussions should be dealt in complete confidentiality and should not go beyond the disagreeing parties. It is unethical to criticise the fellow pathologist before other colleagues or clinicians since it could adversely affect the trust and confidence bond between them. As for the pathologist who hears complaints from patients about the fellow colleague, he should refrain from making any comments about this matter and should not reproduce this conversation with the fellow colleague.

A clinician may refer to a pathologist to review the diagnosis made by another pathologist. This is a sensitive matter since it may suggest doubtfulness, disrespect and mistrust in the work of the first pathologist by the clinician. Such delicate matter should be dealt with honesty and openness. To handle this matter, the reviewing pathologist should consult with the first pathologist if genuine change of diagnosis is made. The first pathologist should not be kept in darkness about the change of the diagnosis.

Sometimes, a clinician may miss the diagnostic criteria and as a result make a wrong diagnosis. The pathologist may find what the clinician has missed. In this case the pathologist should not criticise the clinician or tell his colleagues about him as this may spark disrespect towards the clinician and vice versa.

Pathology results (biopsy conclusion, the diagnosis after autopsy) should be considered confidential, no matter how they are transmitted – electronically or otherwise. The pathologist must make sure that the results he sends out are received by the person who has

moral, social or legal rights to receive the information. The pathologist may also be vicariously liable for the action of his staff if there is uncontrolled disclosure of patient information. Disclosure of information obtained from a pathology examination to persons not entitled to such information amounts to breach of confidentiality and may result in legal actions.

Thus in his work, the pathologist should not forget about the ethical aspects.

Бондаренко В.В., Кирилович Е.И., Семеняченко А.Н.

СУДЕБНО–МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОТ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОРАЗРЯДНЫХ УСТРОЙСТВ (ЭЛЕКТРОШОКЕРА)

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины, медицинского правоведения**

Научный руководитель: Бондаренко В.В.

В последнее время все более популярным становится использование индивидуальных средств защиты, в частности, электроразрядных устройств (ЭРУ), к числу которых относятся электрошокеры, что связано в первую очередь с их недороговизной и доступностью в приобретении. Имеющийся многолетний опыт практической судебно-медицинской работы показывает, что ЭРУ нередко используются и в случае умышленного нанесения телесных повреждений. Анализ данных литературы и собственный практический опыт указывают на недостаточную изученность вопроса диагностики и оценки степени тяжести телесных повреждений от действия ЭРУ.

Целью нашей работы было усовершенствование судебно-медицинской экспертизы повреждений от действия ЭРУ, путем обобщения имеющегося судебно-медицинского опыта диагностики данного вида повреждений, а также анализа имеющихся литературных данных.

Из проведенных ранее опытов на животных установлено, что биофизическое действие ЭРУ связано с энергией, накопленной в приборе, которая при контакте с кожей преобразуется в переменное напряжение с определенной частотой, заставляющей мышцы сокращаться чрезмерно быстро, что приводит к молниеносному разложению сахара, питающего мышцы, и они теряют работоспособность, также импульсы блокируют деятельность нервных волокон, парализуя мышцы. При воздействии кратковременного разряда на бедро лягушки отмечалось обездвиживание конечностей на одной или двух сторонах, а при более длительных воздействиях отмечались судороги, полное обезвоживание и смерть. При воздействии разрядов на крысах наблюдались признаки действия высокой температуры на коже и «знаки электрического тока», признаки неравномерного кровенаполнения внутренних органов, волнообразная деформация кардиомиоцитов, очаговые кровоизлияния, полнокровие и неравномерный отек в легких, набухание эпителия канальцев и мелкая зернистость в цитоплазме почек. В ходе эксперимента на человеке-добровольце наблюдалось резкое сокращение соответствующих групп мышц, но каких-либо морфологических изменений на коже не установлено.

В нашей практике встречалось несколько случаев использования ЭРУ с целью нанесения телесных повреждений. В одном из случаев, в ходе судебно-медицинского осмотра области шеи на 5-е сутки после воздействия электрошокера, каких-либо повреждений в области шеи не обнаружено, что подтверждает ранее известные данные об исчезновении следов действия ЭРУ с течением времени. В другом случае, воздействие электрошокера на область левого бедра, сопровождалось мышечно-судорожными явлениями, онемением левой ноги, ее «потягиванием», а в месте контакта были установлены два полосчатых внутрикожных кровоизлияния с признаками электрического ожога. В третьем случае имело место трехкратное

воздействие ЭРУ на переднюю поверхность грудной клетки, в том числе в область сердца, что сопровождалось как местными проявлениями, в виде электроожогов I–II степени с участками внутрикожных кровоизлияний на их фоне, а также общими проявлениями в виде ситуационно обусловленного астено-невротического синдрома, нарушения чувствительности и двигательной активности правой верхней и нижней конечностей, их «потягиванием» и ноющими болями. В литературе нам также встречались несколько случаев применения ЭРУ, сопровождающиеся точечными ссадинами на животе на фоне гиперемии кожных покровов, кратерообразными ссадинами на спине с окружающими валиками воспаления.

Таким образом, применение ЭРУ может причинять биологическим тканям как местные механические и специфические электрические повреждения, так и способствовать общим изменениям органов и систем организма, что необходимо учитывать при судебно-медицинских экспертизах данного вида повреждений и принимать во внимание при оценке их степени тяжести.

**Губин Н.В., Гуляева Д.Ю., Арнаутова Ю.С., Семеняченко А.М.
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРАВМ ОРГАНОВ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ЖИВЫХ ЛИЦ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины и медицинского правоведения**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Ольховский В.А.

Травмы органов дыхательной системы (ОДС) характеризуются возникновением довольно большого спектра повреждений, такие как колотые, резанные, колото-резанные, огнестрельные ранения, разрывы органов, не редко сопровождаются опасными для жизни явлениями. Анализ литературных источников, свидетельствует, что отсутствуют основательные научные исследования по разработке методики, технологии проведения судебно-медицинской экспертизы такой травмы у живых лиц.

Целью наших исследований, стал контент-анализ проблемных вопросов, которые возникают при экспертизе травм ОДС для определения путей усовершенствования судебно-медицинской диагностики.

Материалом исследования послужил ретроспективный анализ заключений судебно-медицинской экспертизы по поводу травм ОДС у живых лиц, из архива Харьковского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2006-2012 гг. Всего было проанализировано 75 экспертиз.

Среди повреждений легких, наибольшие трудности у экспертов вызывают случаи судебно-медицинской оценки их тупой травмы, с возникновением гемопневмоторакса. Не всегда удаётся точно установить источник кровотечения, характер самого повреждения легкого, приведшего к развитию гемопневмоторакса, не всегда ясен механизм его возникновения. В отдельных случаях имеют место травмы на фоне сопутствующих заболеваний легких (туберкулез, пневмония). В ходе проведения экспертиз, имеют место случаи изменения степени тяжести телесных повреждений, установленной при первичной и последующих, в том числе комиссионных судебно-медицинских экспертизах (40% наблюдений экспертиз по поводу гемопневмоторакса). Эксперты при проведении подобных экспертиз, в своих выводах относят травму грудной клетки и ее органов к тяжким телесным повреждениям, как опасным для жизни. При этом получают консультативное заключение консультанта-хирурга, о том, что в случае бы не оказания медицинской помощи данная травма грудной клетки и ее органов, могла закончиться смертью.

Затем в ходе последующих повторных, зачастую комиссионных экспертизах, тяжкие телесные повреждения, заменяются на легкие телесные повреждения, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья. При этом эксперты ссылаются на отсутствие дыхательной недостаточности, как опасного для жизни явления в соответствии с пунктом 2.1.3 «о» «Правил судебно-медицинского визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень». Вместе с тем, как показывает анализ медицинской документации предоставляемой экспертам, медицинская помощь пострадавшим оказывается, еще до возникновения признаков дыхательной недостаточности, либо в медицинской документации не фиксируются ее признаки.

В ходе экспертиз, диагноз клиницистов «Ушиб легкого», выставленный только на основании субъективных жалоб пострадавших, эксперты как правило не подтверждают и по степени тяжести не оценивают (20% наблюдений). Однако в отдельных экспертизах (6,6 % наблюдений), эксперты, оценивают данный диагноз как повреждение средней степени тяжести, по критерию длительности расстройства здоровья, в соответствии с пунктом 2.2.1. «в» «Правил...». При проведении комиссионной экспертизы, этот диагноз объективными данными, результатами инструментальных методов исследования, не подтверждается, соответственно степень тяжести телесных повреждений изменяется.

Таким образом следует взвод, о необходимости повышения эффективности судебно-медицинской диагностики у пострадавших с травмами ОДС, на основе комплексного исследования их морфологии, особенностей течения, последствий и исходов, применительно к задачам экспертизы, с использованием современных исследовательских приемов.

**Губин Н.В., Бондаренко В.В., Минакова С.А., Домрин А.С.
К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УЧЕНОГО,
ПЕДАГОГА, ПРОФЕССОРА Н.С. БОКАРИУСА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины и медицинского права
Научный руководитель д.мед.н., проф. Ольховский В.А.**

Имя Николая Сергеевича Бокариуса вошло в историю судебной медицины и криминалистики, як выдающегося ученого, исследователя, педагога, вложившего огромный вклад в дальнейшее развитие судебной медицины. Именно поэтому, в год 145-летия со дня рождения Н.С. Бокариуса стоит еще раз напомнить о заслугах великого ученого, положившего свою жизнь на алтарь науки, сполна отдавшего свои силы сфере судебно-медицинской практики. Используя уникальные экземпляры оригинальных трудов Н.С. Бокариуса, в нашей работе мы попытались проанализировать их в контексте развития отечественной судебной медицины начала XX века. «Кристаллы Florence- их химическая природа и судебно-медицинское значение»- первая фундаментальная работа Н.С. Бокариуса. Авторы современных учебных пособий пользуются данными, полученными в результате этого исследования, и указывают: «микроскопическая реакция Флоранса, несмотря на высокую чувствительность, является предварительной, положительный результат не подтверждает наличие спермы, а негативный не свидетельствует о ее отсутствии», о чем и писал сам Н.С. Бокариус. Возможность дифференцировать прижизненный характер появления странгуляционной борозды дала вторая научная работа Н.С. Бокариуса «О значении странгуляционной борозды при повешении» 1904 года. Методика ее исследования получила название-«проба Бокариуса» и также широко используется судебно-медицинскими экспертами в наше время. В течение многих лет оставалось единственным в своей области руководство «Судебно-медицинские

микроскопические и микрохимические исследования вещественных доказательств», вышедшее в 1910-м году. В этом же году Н.С. Бокариус был избран на должность заведующего кафедрой судебной медицины Императорского Харьковского Университета. Следующее пособие «Краткий курс судебной медицины» издается Н.С. Бокариусом в 1911 году. Николай Сергеевич всегда акцентировал свое внимание на отработке практических навыков студентами, а сами методы преподавания судебной медицины претерпевали непрерывное совершенствование. Н.С. Бокариусом проделана значительная работа, касающаяся изучения важнейшего раздела практической работы судебного медика и криминалиста- места обнаружения трупа. В конце 20-х годов выходит в свет 5-томный труд Н.С. Бокариуса «Настольное руководство к усвоению научной техники в расследовании преступлений». Николай Сергеевич вложил огромнейшие усилия для организации в Харькове Кабинета научно-практической экспертизы, после чего Совнарком УРСР принял постановление об основании в Харькове, Киеве и Одессе Кабинетов научно-судебной экспертизы уже в июле 1923 года. В 1925 г. Н.С. Бокариусу (первому в Украине) присвоено звание Заслуженного профессора. В 1929 году выходит в свет научный труд «Наружный осмотр трупа на месте происшествия или обнаружения его». Уже после смерти в 1931 г. Н.С. Бокариуса принято решение присвоить его имя Харьковскому НИИ судебных экспертиз. В 2006 году Харьковское общество судебных медиков и криминалистов организывает первые международные «Бокариусовские чтения». В заключение нашего короткого очерка следует отметить, что научные труды Н.С. Бокариуса, являются для последующих поколений врачей, работников прокуратуры и милиции бесценным наследием его плодотворной научной деятельности. Они способствовали развитию судебной медицины и криминалистики и не утратили свою актуальность для современной медицины, поскольку без прошлого нет и будущего, в том числе и в одной из наиболее сложных отраслей медицины-судебной.

Губин Н.В., Шматко Е.В.

СТЕПЕНЬ ДОСТОВЕРНОСТИ ВЫВОДОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА О ПРИЧИНЕ СМЕРТИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКСИДОМ УГЛЕРОДА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины, медицинского правоведения
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Ольховский В.А.**

В последнее время основным направлением в совершенствовании судебно-медицинской диагностики причин смерти является исследование значимости признаков встречающихся при том или ином ее виде. Диагностика причины смерти при отравлении оксидом углерода (СО) является одной из актуальных проблем судебно-медицинской науки и практики. Тем не менее, существование большого числа диагностических признаков, использование современных приборов и методик, не обеспечивают в достаточной степени возможность обоснования выводов эксперта о причине смерти, что приводит к их субъективности.

Цель исследования: улучшить диагностику причины смерти от отравления угарным газом, путём использования современных математико-статистических приемов.

Задачи исследования: определение частоты внешних и внутренних признаков смерти при отравлении окисью углерода; определение коэффициента значимости каждого признака.

Материал и методы исследования. В ходе работы использовались следующие методы: морфологический, макро- и микроскопический, токсикологический,

статистический, математический с помощью постулата Байеса. Материалом исследования послужили 102 трупа, лиц разных возрастных групп, причиной смерти которых явилось острое отравление окисью углерода.

Результаты исследования: В наших наблюдениях смерть от отравления окисью углерода, преобладала у лиц мужского пола в возрасте 31-60 лет. Подавляющее большинство отравлений зарегистрировано в течение следующих месяцев: октябрь (12%), декабрь (15%), январь(13%), февраль(11%), март (8%). Две трети жертв во время смерти находились в состоянии алкогольной интоксикации различной степени тяжести, что способствовало наступлению смерти и должно учитываться при оценке её патогенеза. Средняя смертельная концентрация карбоксигемоглобина в крови у лиц мужского пола соответствовала уровню 51,0%, у женского – 50,7%. Наиболее часто встречались следующие признаки: розовая окраска внутренних органов и мышц (93,7%), ярко-красный цвет крови (96,1%), жидкая кровь (99%), гиперемия внутренних органов (94,6%), гиперемия и отёк мягких мозговых оболочек и вещества головного мозга(86,3%), субплевральные кровоизлияния (87,8%), субэпикардальные кровоизлияния(87,3%), насыщенные трупные пятна (80,5%).Была определена статистическая вероятность диагностических признаков отравления оксидом углерода с помощью математического аппарата постулата Байеса, которая соответствует уровню частоты их встречаемости. Создана таблица диагностических коэффициентов, с помощью которой можно устанавливать достоверность выводов эксперта о причине смерти. Если суммататистической вероятности диагностических признаков составляет 95%иливыше, тогда выводы эксперта о причинах смерти должны расцениваться как достоверные, при сумме коэффициентов менее 95% - недостоверные.

Таким образом, на основании проведенныхисследований, можно сделать вывод, чтоиспользованиепредлагаемогометодаопределениястепенидостоверностивыводовэкспертао причине смерти, даствозможностьповыситьобъективность и качествосудебно-медицинскойдиагностикиприотравлении угарным газом.

Калужина О.В.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ТА АОРТИ У ПЛОДІВ ТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ПРЕКЛАМПСІЄЮ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра патологічної анатомії**

Науковий керівник – проф. Марковський В.Д.

Стан здоров'я новонародженої дитини залежить від репродуктивного та соматичного здоров'я батьків, усвідомленого ставлення батьків до планування вагітності та народження дитини, перебігу вагітності та пологів. Рівень дитячої смертності в Україні в 2-3 рази перевищує такий в країнах Європейського Союзу. Спостерігається стабільно високий рівень смертності новонароджених. У структурі смерті новонароджених на першому місці знаходиться патологія перинатального періоду. Основними причинами материнських та плодових втрат є соматична патологія у жінок. Залишається значною частота передчасних пологів, що являє собою високий ступінь ризику для здоров'я та життя матерів і дітей. У сучасній літературі є дані про патологічні зміни в різних органах і системах у плодів та новонароджених від матерів з ускладненою вагітністю, поряд із цим питання, присвячені патологічній анатомії аорти плодів та новонароджених, вивчені тільки при гіпертонічній хворобі матері та вроджених вадах серця. Інформація стосовно патологоанатомічних змін легеневої артерії (ЛА) у плодів та новонароджених від матерів з ускладненою вагітністю відсутня зовсім.

Метою дослідження є визначення морфологічних особливостей ЛА та аорти у плодів та новонароджених від матерів з прееклампсією.

Матеріалом дослідження стали шматочки тканини ЛА та аорти у плодів та новонароджених з терміном гестації 36-40 тижнів від матерів з прееклампсією середньої ступені тяжкості. Групу контролю склали мертвонароджені від матерів з фізіологічним перебігом вагітності (за даними карт розвитку вагітності), які померли від гострого порушення плацентарного кровообігу. До другої - плоди та новонароджені, матері яких страждали на прееклампсію середньої ступені тяжкості, та загинули від інтра- та постнатальної гіпоксії. Для морфологічного дослідження вирізалися шматочки з ЛА та аорти, які фіксувалися у 10% розчині нейтрального формаліну. Потім матеріал піддавався стандартній парафіновій проводці. Із приготованих у такий спосіб блоків робили серійні зрізи товщиною $4-5 \times 10^{-6}$ м, які далі забарвлювалися гематоксиліном та еозином, за методом Маллорі.

Макроскопічне дослідження вищевказаних судин в двох групах суттєвих різниць не виявило. При мікроскопічному дослідженні ЛА та аорти в групі контролю при забарвленні гематоксиліном та еозином відмічалось набухання та сплюснення ендотеліоцитів (ЕЦ), розширення та повнокрів'я *vasa vasorum* без суттєвих відмінностей між судинами. При забарвленні за методом Маллорі – домінування колагенових волокон над еластичними в обох судинах. При мікроскопічному дослідженні аорти в групі плодів від матерів з прееклампсією при забарвленні гематоксиліном та еозином відзначалися набухання ЕЦ, помірний набряк медіального слою, повнокрів'я *vasa vasorum*. А в ЛА окрім цих змін спостерігалися ще десквамація ендотелію, гофрованість субендотеліальної мембрани. При забарвленні за методом Маллорі в ЛА домінували колагенові волокна, а в аорті співвідношення колагенових та еластичних волокон було приблизно однаковим. Для більш детального дослідження морфофункціональних змін нами буде проведено імуногістохімічне та морфометричне дослідження матеріалу.

Таким чином, результати даного дослідження вказують на суттєві морфологічні зміни в ЛА та аорті у плодів та новонароджених від матерів з прееклампсією середньої ступені тяжкості, та їх більшої виразності в ЛА, що в подальшому може стати морфологічним субстратом для формування патології серцево-судинної та дихальної систем.

Ковальцова М.В.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО СТРЕССА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической физиологии**

Научный руководитель проф. Николаева О.В.

Влияние негативных последствий воздействия хронического стресса на поджелудочную железу (ПЖ) недостаточно изучено и является актуальной проблемой современной медицины. Целью исследования явилось изучение морфофункционального состояния эндокринной части ПЖ беременных крыс вследствие действия иммобилизационного хронического стресса.

Материалы и методы. Изучено состояние ПЖ крыс находившихся в условиях стресса (1 гр.) и в стандартных условиях вивария (2 гр.). Осуществлялось морфологическое и биохимическое исследования.

Результаты. У крыс 1 гр. установлено уменьшение площади островков Лангерганса на 9 % ($p < 0,001$) от показателя 2-й гр.; уменьшении количества α - и β -

эндокриноцитов; дегенеративное изменение ядер и цитоплазмы β -клеток; частое обнаружение апоптозно изменённых β - и α -клеток. Результаты биохимического исследования подтверждают эндокринную дисфункцию у животных основной группы. Установлено сочетание гипергликемии (увеличение уровня глюкозы на 18%, $p < 0,001$) с повышенным уровнем как контринсулярных гормонов (адреналина на 82,3%, $p < 0,001$; кортикостерона на 37,5%, $p < 0,001$ от показателя 2-й гр.), так и инсулина (на 69%, $p < 0,001$); кроме того, имеются признаки нарушения жирового обмена (повышение уровня НЭЖК и кетоновых тел в 2 раза, $p < 0,001$).

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что хронический стресс, может быть одним из значимых причинных факторов развития сахарного диабета II типа.

Красивская Д.И
ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО
ГОМЕОСТАЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС)

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патофизиологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф Николаева О.В., д.мед.н., проф
Павлова Е.А.

В патогенезе ИБС, равно как и ишемических повреждений других органов и систем, лежит окислительный стресс. Активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), увеличение содержания активных форм кислорода в мембранных структурах клеток во время ишемии органа и особенно после реперфузии оказывая влияние на функции мембранных и мембраносвязанных белков, структуру самих мембран и в конечном счете - судьбу клеток.

Актуальность исследования окислительно-антиоксидантного гомеостаза при ИБС обусловлена важной патогенетической ролью свободнорадикального окисления как мощного фактора мембранодеструкции.

Материалы и методы. Под наблюдением было 20 пациентов (45 до 65 лет) из них 10 - здоровые (контроль) и 10 - с ИБС (стандартная терапия). Состояния ПОЛ и АОС определяли спектрофотометрически по содержанию в крови продуктов ПОЛ - диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и активность ферментов АОС - каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты исследования. Установлено, что в крови больных ИБС до и после лечения содержание МДА и ДК сохранялось выше таковых в контроле, что отражает слабое влияние терапии на ПОЛ в крови больных ИБС. До лечения активность ферментов антиоксидантной системы (АОС) достоверно не отличалась от таковых контроля. После лечения отмечалось незначительное увеличение активности КАТ и СОД по сравнению с исходным и контролем.

Выводы. При ИБС выражена активация ПОЛ, которая по – видимому, сопряжена с нарастанием ишемии и гипоксии, что и приводит к дальнейшему прогрессированию ИБС. Стандартная терапия существенно не влияет на ПОЛ, что, вероятно, обусловлено имеющимся напряжением и истощением АО - резервов организма и требует применения антиоксидантов и антигипоксантов в дополнение к базисной терапии.

Крячко С.С.
ВЛИЯНИЕ НАЛОКСОНА НА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ
СОСТОЯНИЕ ТИМУСА ПРИ ВОСПАЛЕНИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической физиологии,

**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Николаева О.В., к.мед.н., ст. преп.
Сулхдост И.А.**

Опиоидные пептиды имеют чрезвычайно широкий спектр физиологического действия. Целью нашего исследования явилось выяснение роли опиоидных пептидов в реакциях иммунной системы при воспалении.

Материалы и методы: Эксперимент проведен на 54 крысах. Моделью воспаления служил острый асептический перитонит, вызываемый внутрибрюшинным введением 5 мг λ -карагинена в 1 мл изотонического раствора HCl. В динамике воспаления, начиная с 3-го часа и по 10-е сутки, исследовали тимус. Иммуногистохимические исследования проводили прямым методом Кунса по методике Brosman. Налоксон вводили подкожно за 15 мин до воспроизведения воспаления в дозе 2 мг/кг.

Результаты и их обсуждение. Иммуногистохимические изменения в тимусе при воспалении на фоне действия налоксона по сравнению с контролем на введение налоксона состоят в некотором снижении количества CD3⁺-, CD4⁺- и CD8⁺- клеток, особенно на 1-е – 3-е сутки; при этом иммунорегуляторный индекс несколько возрастает на 6-й час. По сравнению с естественным течением воспаления содержание CD3⁺ (до 12-го часа) несколько отстает, а затем (с 1-х до 10-х суток) превышает. Содержание CD4⁺ (до 6-го часа) несколько больше, на 1-е – 3-и сутки меньше, а на 10-е – вновь больше. В то же время количество CD8⁺- клеток достоверно меньше во все сроки исследования. Иммунорегуляторный индекс повышен во все сроки.

Вывод. С использованием неселективного блокатора опиоидных рецепторов налоксона показано, что опиоидные пептиды ограничивают активацию иммунной системы при остром воспалении.

Кузнецова Н.А.

РАК ЛЁГКИХ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ХАРЬКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической анатомии**

Научный руководитель: Шарапанюк С.А., Наумова О.В.

Ежегодно у 10 миллионов человек в мире регистрируются злокачественные новообразования. Рак лёгких занимает одно из ведущих мест в структуре онкосмертности. Проведено статистическое исследование частоты встречаемости рака лёгких по результатам секционных наблюдений за 5 лет (2008 - 2012гг.) на базе прозектуры Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи (ХГКБСНМП). Учитывали пол умершего, возраст и своевременность диагностики заболевания в стационаре.

За исследованный период рак лёгкого был диагностирован при аутопсии у 62 умерших, что составляет 1,5 % от общего количества проведенных вскрытий (5579). В 45 случаях (72,6%) диагноз впервые был установлен посмертно. Среди умерших преобладали мужчины – 36 наблюдений (80%), у женщин летальность от рака легких наблюдалась в 4 раза реже - 9 случаев (20%). В большинстве наблюдений больные умирали в возрасте 56-70 лет.

Таким образом, в результате проведенного исследования был обнаружен высокий процент расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, что обусловлено, на наш взгляд, отсутствием диагностики заболевания на

догоспитальном етапе; терминальним состоянием больных, поступавших в клинику, что сопровождалось в большинстве наблюдений досуточной летальностью.

Мар'єнко Н.І.

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ВІД ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ЗА ДАНИМИ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Харківський національний медичний університет,

кафедра патологічної анатомії

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Марковський В.Д.

Гострі порушення мозкового кровообігу є однією з найважливіших медико-соціальних проблем. В Україні щорічно діагностують понад 130 тис. випадків гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК), рівень смертності від яких сягає 30%. За останні роки в нашій країні простежено тенденцію до зростання захворюваності і смертності населення від наслідків цереброваскулярної хвороби, з наростанням відсотка пацієнтів працездатного молодого віку.

З метою вивчення особливостей летальних випадків від ГПМК нами проаналізовано архівний матеріал патологоанатомічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні за 2009-2013 роки (1807 протоколів патологоанатомічних досліджень). Протягом вказаного періоду від ГПМК померли 308 осіб, що складає 17,04% від усіх летальних випадків, із них 172 (55,84%) – чоловіків, 136 (44,16%) – жінок. Від ГПМК за ішемічним типом (інфаркт головного мозку) померло 179 осіб (58,12%), що складає 10,37% від усіх летальних випадків, від ГПМК за геморагічним типом померло 129 осіб (41,88%), що складає 7,59% від усіх летальних випадків. Протягом 2009 – 2013 років спостерігається тенденція до зростання кількості летальних випадків від ГПМК: за ішемічним типом в 2009 році – 8,57%, в 2010 році – 9,27%, 2011 році – 8,45%, 2012 році – 11,30%, 2013 році – 10,95%; за геморагічним типом – в 2009 році – 6,07%, 2010 році – 6,29%, 2011 році – 6,41%, 2012 році – 6,39%, 2013 році – 9,47% від усіх летальних випадків. Протягом року найбільше смертельних випадків виявлено в лютому (12,72%), серпні (12,28%), жовтні (12,72%). Середній вік померлих від ГПМК за ішемічним типом 67,24 років, при цьому 29,13% віком 70-79 років. Середній вік померлих від ГПМК за геморагічним типом 57,82 років, при цьому 37,63% віком 50-59 років. За статеву структуру при ГПМК за ішемічним типом переважають жінки – 55,12%, чоловіків – 44,88%; за геморагічним типом переважають чоловіки – 70,97%, жінок – 29,03%. Середня кількість ліжко-днів складала 8,41 (ішемічний тип) та 9,78 (геморагічний тип). За локалізацією при ГПМК за ішемічним типом найчастіше вогнище ішемічного інфаркту головного мозку локалізується в великих півкулях (83,46%), в тому числі: лобна частка – 35,43%, тім'яна – 73,23%, скронева – 68,5%, потилична – 36,22%, стовбурова локалізація – 22,05%, ураження мозочка – 14,17%. Ураження однієї частки півкуль виявлено в 10,24%, двох – 30,71%, трьох – 28,35%, субтотальне ураження півкулі – 14,17%; локалізація з права – 43,31%, з ліва – 36,22%, з права і з ліва – 5,51%, із ураженням серединних структур – 14,96%. Декілька вогнищ виявлено в 5,51% випадків. При ГПМК за геморагічним типом найчастіше вогнище крововиливу локалізується також в великих півкулях головного мозку (75,26%), в тому числі: лобна частка – 32,26%, тім'яна – 66,67%, скронева – 65,59%, потилична – 12,9%, стовбурова локалізація – 10,75%, ураження мозочка – 4,31%. Ураження однієї частки півкуль виявлено в 7,53%, двох – 34,41%, трьох – 32,26%, субтотальне ураження півкулі – 1,08%; локалізація з права – 32,26%, з ліва – 44,09%, з права і з ліва – 6,45%, із ураженням

серединних структур – 17,2%. Декілька вогнищ виявлено в 2,15% випадків. Субарахноїдальні крововиливи виявлені в 10,75%, внутрішньомозковий крововилив із проривом крові в шлуночки – 53,46%, крововилив при розриві аневризми мозкових судин або артеріо-венозної мальформації – 11,83% випадків.

Таким чином, серед померлих від ГПМК за ішемічним типом частіше зустрічаються жінки віком 70-79 років, за геморагічним типом – чоловіки віком 50-59 років. Найчастіше спостерігається ураження тім'яної та скроневої часток великих півкуль головного мозку приблизно однаково часто з правої та лівої сторін. Спостерігається тенденція до збільшення кількості летальних випадків від ГПМК протягом 2009-2013 років.

Небога В. В.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ОТРАКА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической анатомии**

Научные руководители: Шарапанюк С.А., Сидоренко Р.В.

Одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека является рак желудка, заболеваемость которым в последние годы имеет устойчивую тенденцию к снижению. В Украине ежегодно диагностируют более 11 тыс. случаев рака желудка, который занимает 3-е место у мужчин 6-е у женщин в структуре онкозаболеваемости и 2-е место среди онко смертности (11,9 и 9,3% в обеих группах).

С целью изучения особенностей летальных случаев рака желудка проанализирован архивный секционный материал прозектуры больницы скорой неотложной медицинской помощи г. Харькова за 2008-2012 года (5579 протоколов вскрытий). В этот период от рака желудка умерли 101 человек (1,81% от всех летальных случаев), из них 55 (54,45%) – мужчин, 46 (45,54%) – женщин. По годам летальность распределилась следующим образом: 2008 г. – 1,6%, 2009 г. – 2,63%, 2010 г. – 2,03%, 2011 г. – 1,42%, 2012 г. – 1,41% от всех летальных случаев. В 62% случаев пациенты умирали в возрасте 70-89 лет, средний возраст умерших – 70,5 лет. Наиболее часто опухоль локализовалась в антральном и пилорическом отделах желудка (53,46%), в области малой кривизны тела (18,8%) и в зоне кардии (13,86%), реже опухоль располагалась в области большой кривизны тела (7,9%) и передней и задней стенки желудка (5,9%). Из гистологических форм преобладала аденокарцинома (92%).

Проведенное исследование показало, что в последние 4 года наметилась тенденция к снижению летальности от рака желудка. Заболевание чаще встречается у людей пожилого и старческого возраста. Локализуется, как правило, в выходном отделе и малой кривизне тела желудка, при этом ведущей гистологической формой является железистый рак.

Острополец А.С., Молчанюк Д.А.

ОСОБЕННОСТИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Николаева О.В., д.м.н., проф. Татарко С.В.
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической физиологии**

Актуальность. Воспаление является основным патологическим процессом подавляющего большинства заболеваний современности. Важнейшую в нем роль

іграють нейтрофіли як перший фланг захисти організму, що обуславлює актуальність изучения їх активності при різних видах запалення.

Цель. Изучить фагоцитарную активность нейтрофилов периферической крови при разных по течению видах запалення.

Материалы и методы. Опыты поставлены на 66 крысах. Острое запалення (ОВ) вызывали введением культуры *St. aureus*, вторично хроническое запалення (ВХВ) - 5 мг λ -карагинена, первично хроническое запалення (ПХНИВ)- сефадекса А-25, хроническое иммунное запалення (ПХИВ) - 0,1 мл. полного адьюванта Фрейнда. Исследовали фагоцитарный индекс (ФИ), фагоцитарное число (ФЧ) и индекс активности нейтрофилов (ИАН).

Результаты и обсуждение. ФИ при ОВ был достоверно повышен на 6 час-2 сут ($82 \pm 1,8\%$, контроль - $63,7 \pm 2,7\%$) и 5-7 сут ($74,5 \pm 2,2\%$). При ХВ наблюдается достоверное снижение на 1 сут ($51,3 \pm 1,3\%$) и повышение при ВХВ на 1 сут ($75,5 \pm 2,7\%$) и 14 сут ($72,7 \pm 1,1\%$), при ПХНИВ на 10 сут ($74,5 \pm 2,4\%$), ПХИВ - на 14 сут ($71,5 \pm 2,2\%$). Динамика ФЧ совпадает с ФИ: при ОВ оно повышалось на всем протяжении (максимум $5,2 \pm 0,7$, контроль $3,5 \pm 0,2$). При ВХВ наблюдалось последовательное снижение (6 час $2,8 \pm 0,2$) и возрастание (14 сут $4,3 \pm 0,1$), а при ПХНИВ и ПХИВ - падение на 1 сут ($2,8 \pm 0,2$) и 2 сут ($4,1 \pm 0,2$) соответственно с последующим ростом ФИ на 4 сут ($4,3 \pm 0,2$) и 5-21 сут (максимум $4,5 \pm 0,1$) соответственно. ИАН изменялся следующим образом: возрастал при ОВ (максимум $1,2 \pm 0,1$, контроль $1,0 \pm 0,03$), при ВХВ понижался с минимум на 3 сут ($1,0 \pm 0,01$), при ПХВ изменялся мало.

Выводы. В целом ФИ, ФЧ имеют зависимость ОВ > ПХИВ > ВХВ > ПХНИВ, что отражает тот факт, что по мере хронизации запалення имеет место запозывание и ослабление фагоцитарной активности. При этом при ПХВ обнаруживается разобщение фагоцитарной активности с нейтрофильной реакцией.

Ольховський В.О., Пешенко О.М.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТІЛЕСНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ТА ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Харківський національний медичний університет

Вступ. Пошкодження лицевого черепа (ПЛЧ) та шийного відділу хребта (ПШВХ), посідають провідне місце у структурі госпіталізації. Ця категорія осіб має найбільшу питому вагу серед пацієнтів профільних стаціонарів, яка за даними різних дослідників, коливається у межах від 67,0% до 87,0%; у 60,0% пацієнтів з ПЛЧ наявні переломи нижньої щелепи (НЩ), включаючи 20,2% з переломами тіла щелепи.

Мета роботи полягала в систематизованому узагальненні результатів досліджень з проблеми удосконалення оцінки тяжкості тілесних пошкоджень та лікування ускладненого перебігу ПЛЧ та ПШВХ.

Матеріали, методи. В репрезентативній групі пацієнтів з УП ($n_2=49$ осіб, розділена на дві підгрупи: з наявністю верифікованої ЧМТ ($2n_2=24$ осіб) та без ЧМТ ($1n_2=25$ осіб)) та контрольній групі пацієнтів з неускладненим перебігом ($0n=28$ осіб) вивчена частота та судинних та гемодинамічних реакцій центрального генезу за даними ультразвукової транскраніальної доплерографії, комп'ютерної реоенцефалографії.

Результати та їхнє обговорення. Визначено, що достовірно найбільш частими ускладненнями серед пацієнтів спеціалізованого стаціонару у ранньому післяопераційному періоді є крововиливи та гематоми ($29,6 \pm 4,6$) % і нагноєння рани - ($12,2 \pm 3,3$) %; у віддаленому - сповільнення консолідації фрагментів кісток - у

(18,4±3,9) %. Виявлено, що патогенетично важливою особливістю формування та розвитку ускладнень є їх мультифакторне походження, де травма, конституційно-біологічні та клініко-морфологічні фактори є базовими тригерами, що ініціюють системні порушення на рівні судинно - рефлекторних, імунометаболічних та біоенергетичних реакцій та, як наслідок, каскад цих порушень визначає загальний стан пацієнта і перебіг ПЛЧ та ПШВХ. Доведено, що прогноз розвитку складнень можливий при поєднанні таких факторів: зміщення фрагментів кісток ($r_{xy}=+0,83$; $p<0,001$), наявність тютюнової чи алкогольної залежності ($r_{xy}=+0,64$; $p<0,05$). В ієрархії факторів ризику розвитку УП, у разі їх поєднання зі струсом головного мозку, особливе значення має наявність в анамнезі пацієнтів черепно-мозкових травм ($r_{xy}=+0,81$; $p<0,001$) чи цереброваскулярної патології ($r_{xy}=+0,74$; $p<0,01$).

Висновки. З використанням сучасних методів доказової медицини та з позицій концептуально нового підходу до визначення інтегральних механізмів формування та розвитку ускладненого перебігу ПЛЧ та ПШВХ, на підґрунті оцінювання ризику та у взаємозв'язку із загальним станом організму обґрунтовано засоби ранньої діагностики і визначено шляхи до підвищення точності судово-медичної експертизи.

Потапов С.Н., Андреев А.В.

**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК ПО
ДАНЫМ ХАРЬКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ им. В.И. ШАПОВАЛА ЗА 1993-2012 гг.**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической анатомии**

За предыдущие 40 лет заболеваемость ОЯ почти удвоилась. У мужчин молодого возраста (чаще болеют в возрасте от 15 до 35 лет), именно эти злокачественные новообразования (ЗН) являются не только наиболее частой онкологической патологией (до 60% от всех новообразований), но и основной причиной онкологической смертности, что придает проблеме ОЯ не только большое медицинское, но и социальное значение.

По данным Национального института рака у мужчин 18-29 лет удельный вес ОЯ составляет 29,7%, однако, в отечественной научной литературе отсутствует анализ заболеваемости данных опухолей у жителей Украины.

В основу настоящего исследования положен анализ заболеваемости ОЯ в Харьковском регионе за 20 лет (с 1993 по 2012 гг.) по данным архива прокуратуры Харьковского областного клинического центра урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала. За этот период в центре наблюдалось 329 пациентов с различными формами ОЯ. Среднее количество случаев в год составило 16,45±0,86. В структуре общей онкологической заболеваемости яичек за указанный период злокачественные ОЯ преобладали и составили 317 наблюдений (96,35%), из них в 4 наблюдениях (1,26%) имело место метастатическое поражение. Доброкачественные опухоли соответственно составили 12 случаев (3,65%) от общего числа наблюдений пациентов с ОЯ.

Проведенный анализ показал, что наибольший удельный вес в структуре заболеваемости занимают герминогенные опухоли яичек (ГОЯ) – 291 случай (88,45%) от общего количества ОЯ. Соответственно негерминогенные опухоли яичек (НГОЯ), включая метастатическое поражение, составляют 38 наблюдений (11,55%). Количество лимфом и лимфосарком составило 22 наблюдения (6,69%) от общего числа пациентов, заболевших ОЯ. ГОЯ представлены гетерогенной, гистологически четко очерченной группой новообразований, развивающихся из так называемых

«зародышевых» клеток. Согласно морфологической классификации ОЯ (классификация ВОЗ, 2004 г.) к ГОЯ относятся семинома, сперматоцитнаясеминома, эмбриональный рак, опухоль желточного мешка, хориокарцинома, тератома (зрелая, незрелая, со злокачественным компонентом), смешанные опухоли.

Так, в Харьковском регионе наиболее встречаемыми ОЯ являются: семинома – 142 наблюдения (43,16%), тератокарцинома – 42 наблюдения (12,77%), эмбриональный рак – 40 наблюдений (12,16%), эмбриональный рак инфантильного типа – 8 наблюдений (2,43%). «Семинома + эмбриональный рак» составляет 22 случая (6,69%), «семинома + эмбриональный рак инфантильного типа» составляет 9 случаев (2,74%), «семинома + тератокарцинома» – 6 случаев (1,82%), зрелая тератома – 7 случаев (2,13%), незрелая тератома – 6 случаев (1,82%), «семинома + тератокарцинома» – 6 случаев (1,82%) от общего количества ОЯ. Среди наблюдений ОЯ за весь период в 4 случаях (1,32%) имело место метастатическое поражение органа. Средний возраст пациентов с ОЯ составил $37,17 \pm 0,8$ лет. Важно отметить, что лимфомы и метастатическое поражение яичек встречаются в старшей возрастной категории, в то время как ГОЯ возникают преимущественно у молодых мужчин.

Выводы: 1. Среди ОЯ преобладают ЗН, при этом наибольший удельный вес занимают ГОЯ. 2. Наиболее часто встречающейся ГОЯ является семинома, на 2 и 3 месте – тератокарцинома и эмбриональный рак соответственно. 3. Проведенный анализ подтверждает, что ОЯ являются уделом молодых мужчин, за исключением лимфом и метастатического поражения яичек, которые характерны для старшей возрастной группы.

Саенко М.С.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ С ПОМОЩЬЮ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины, медицинского права и права**

Научные руководитель: Каплуновский П.А.

О том, что температура тела является показателем его физиологического состояния, известно уже давно. Однако, несмотря на ряд исследований, проведенных в этом направлении, окончательно вопрос о возможности методов контроля теплового состояния тканей тела пострадавшего в области их повреждений не решен, равно как и не предложены рациональные рекомендации по их использованию у живых лиц. Установление наличия, характера и давности телесных повреждений, составляет одну из основных, наиболее важных задач, решаемых судебно-медицинским экспертом в процессе экспертизы потерпевших, обвиняемых или других живых лиц. Наряду с этим перед нами возникает проблема установления давности постинъекционных кровоизлияний.

Мы не встречали работ, в которых была освещена тема о возможности определения давности постинъекционных кровоизлияний. В то время как у судебно-следственных органов часто возникает вопрос о своевременности оказания помощи медицинскими работниками и проблемах с наркоманией. Эксперт, опираясь на данные литературы, а подчас, также и на личный опыт, производит оценку давности постинъекционных кровоизлияний. Опрос в данном случае, также, не может быть признан в качестве объективного критерия. Так как по различным причинам пострадавший может быть заинтересован в скрывании обстоятельств происшествия, либо в связи с посттравматической или старческой амнезиями, вообще не может

указать время причинения повреждений. Либо «сдвиге» их во времени в ту, или иную, сторону. В таких случаях наиболее значимыми должны быть методы инструментального исследования давности образования постинъекционных кровоизлияний, которые позволяют на основании численно выражаемых показателей, характеризующих травматические изменения тканей тела потерпевшего, объективно определять время причинения травмы.

На наш взгляд, необходимо применение термографических методов исследования, отличительной способностью которых, является их высокая чувствительность, возможность строго объективной регистрации полученных результатов и более точное определение давности образований постинъекционных кровоизлияний, так как получив результаты исследования можно выделить зоны с наиболее низким или, наоборот, высокими значениями температур в последующем, акцентируя свое внимание именно на данных областях. С нашей точки зрения, наиболее информативным, доступным и достаточно точным инструментальным методом экспертного исследования, является применение термографических методов исследования.

На наш взгляд необходимо более углубленно изучения термографических методов исследования. Это в свою очередь, приведет к повышению объективности и практической значимости экспертной оценки, давности образования постинъекционных кровоизлияний, так как данный биофизический метод, базируется на точном установлении их локализации, давности возникновения и позволяет учитывать индивидуальные особенности потерпевших (возраст, региональная принадлежности повреждения, степени травмирования биологических тканей). Так как эти факторы оказывают особое влияние на величину температурной реакции биологической ткани на травматическое воздействие.

Сиренко В.А., Бирюков М.С., Бережной Б.Ю.

ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ВОСПАЛЕНИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической физиологии**

Научные руководители: проф. Николаева О.В., проф. Татарко С.В.

Воспаление продолжает оставаться одной из основных проблем теоретической и практической медицины. Целью исследования явилось изучение фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови крыс.

Материалы и методы: на 60 крысах исследовали индекс активности нейтрофилов (ИАН). Острое инфекционное воспаление вызывали введением в область бедра суточной культуры *Staphylococcus aureus*, штамм ATCC-2592.

Результаты. Установлено повышение ИАН крови на протяжении всего периода исследования (с 6-го ч до 28-х сут) с максимумами на 2-е и 5-е – 7-е сут. Именно на 2-е сут воспаления наблюдается лейкоцитоз, а на 7-е сут – тенденция к повторному лейкоцитозу. В свою очередь, лейкоцитоз на 2-е сут объясняется преобладанием поступления лейкоцитов из костного мозга в кровь над эмиграцией их из крови в очаг воспаления. В это время отмечается выраженная активация гемопоэза, приводящая к восстановлению клеточности костного мозга после перераспределительного снижения количества кариоцитов, главным образом гранулоцитов, на 1-е сут. Тенденция к повторному лейкоцитозу на 7-е сут связана с тем, что на 5-е сут отмечается повторная, менее выраженная, активация гемопоэза, преимущественно моноцитопоэза, после выхода кариоцитов в кровь на 3-и и на 7-е сут. Сопряжение повышенного ИАН с усиленным поступлением последних из костного мозга в кровь объясняется притоком в кровь “свежих”, более

функционально активных, нейтрофилов.

Вывод. Фагоцитарная активность нейтрофилов периферической крови при остром воспалении повышена на протяжении всего периода исследования.

Скибина К. П., Ещенко А.В.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ИЗЛУЧЕНИЙ НА ЭРИТРОЦИТЫ КРОВИ КРОЛИКОВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патофизиологии**

Научный руководитель доцент Ещенко В. Е.

В настоящее время сотовая связь получила очень широкое распространение. Около 92% населения Украины являются пользователями мобильной связи. В то же время имеются сообщения, свидетельствующие о неблагоприятном воздействии на организм животных электромагнитных излучений (ЭМИ) в диапазоне мобильной связи.

Мы начали исследовать это явление. Была создана экспериментальная установка, генерирующая ЭМИ в диапазоне 950 МГц, что соответствует излучению работающего мобильного телефона.

Эксперименты поставлены на эритроцитах кроликов. Кровь кроликов помещали на выгнутое стекло, толщина слоя около 2 мм. Стекло помещали под источник ЭМИ: время экспозиции 15 минут, расстояние 30 см. Эффект воздействия ЭМИ определяли с помощью витального красителя, который проникает только в погибшие клетки, а интактные эритроциты остаются неокрашенными.

Получены предварительные данные, которые свидетельствуют о том, что воздействие ЭМИ увеличивает число погибших клеток по сравнению с контролем.

Старагина Л.А.

ПОСТМОРТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН СМЕРТИ ПО КОМПЛЕКСУ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОЖИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра судебной медицины, медицинского правоведения**

Научный руководитель – доцент Хижняк В.В.

Ранняя диагностика причин смерти судебно-медицинского контингента трупов по сравнению с другими летальными исходами в медицинской практике является приоритетом. Это обусловлено специфическим заказчиком судебно-медицинских услуг – судебно-следственные органы. Раннее установление причин смерти является важным фактором профилактики необоснованного возбуждения уголовного производства, должного поведения судебного медика и правоохранительных органов. Идеальный способ решения актуальной задачи – самая ранняя диагностика причин смерти – установление их на месте обнаружения трупа. Как правило, это весьма затруднительно. Процесс умирания и причины смерти формируют у каждого человека специфический набор морфологических признаков, учтя которые, возможно по комплексу этих морфологических признаков диагностировать причины смерти. Наш научно-практический интерес сосредоточился на изучении трупных пятен в качестве одной из основных характеристик процесса умирания и причины смерти.

Целью работы является выявление признаков причин смерти ещё до вскрытия трупа на основе изучения комплекса морфологических характеристик кожи в зоне трупных пятен и вне их локализации.

Трупные пятна являются постоянным объектом научно-прикладного исследования судебных медиков. Тщательно изучены связи интенсивности, распространенности, характера и цвета трупных пятен с диагностикой давности наступления смерти, а в некоторых случаях – с причиной смерти. Знакомство с попытками объективного определения цвета трупных пятен для судебно-медицинских целей (Моканюк А.И., 2001) показало, что осталась неизученной возможность диагностики причины смерти по цвету трупных пятен.

Актуальным остается вопрос цветовой нотации, т.е. вопрос о способах единой и однозначной характеристике цвета. Нами изучена взаимосвязь цвета трупных пятен и причин смерти на судебно-медицинском материале из 100 трупов. Эти исследования показали, что с помощью цветовой палитры RALE3 EFFECT, которая является международным стандартом, возможно выявить корреляцию причин смерти и полихромии трупных пятен, как во время секции, так и на этапе исследования трупных пятен на месте происшествия (Старагина Л.А., 2012; Хижняк В.В., Старагина Л.А., 2013).

Для причины смерти такой, как постинфарктный кардиосклероз, кардиомиопатия, инфаркт миокарда, характерный цвет трупных пятен – 560-3. При механической асфиксии характерный цвет – 550-3, а если асфиксия на фоне опухолевых заболеваний, то характерен цвет трупных пятен, как и для опухолей, – 550-2. Для отравлений этиловым спиртом и смерти вследствие цирроза на фоне употребления алкоголя без сопутствующей патологии характерен цвет 520-4, отравлению СО – цвет 470-2. При смерти от туберкулеза легких с выраженной интоксикацией – цвет 550-2. При тромбоэмболии легочной артерии – цвет 530-3. Обсуждение первых данных нашего исследования показало необходимость углубления и расширения научного поиска, что предполагается сделать за счет применения комплекса морфологических характеристик кожи при постмортальной диагностике, а именно – цвет кожи и трупных пятен по международным стандартам RALE3 EFFECT; бесконтактная спектрофотометрия высокой точности современными аппаратами в широком диапазоне длин волн; классическая микроскопия кожи; гистография и иммуноферментный анализ; инфракрасная термометрия.

Таким образом, предложен комплекс методов исследования кожи, который позволит выйти на объективное и раннее определения причин смерти по цветоморфологическим характеристикам трупных пятен.

Сущенко Э.Л.

РОЛЬ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической физиологии**

Научный руководитель: д.м.н., проф. Николаева О.В., к.м.н., доц. Шутова Н.А.

Роль эозинофилов (Эф) в патогенезе воспаления на сегодняшний день установлена недостаточно. Известно, что Эф, посредством выработки биологически активных веществ (БАВ) оказывают повреждающее действие на патогенные агенты, нормальные клетки и ткани организма, способны стимулировать секреторную активность лейкоцитов, привлекать их в очаг. Однако, если ранее приток активированных Эф в очаг воспаления рассматривался в качестве пассивной реакции, то в настоящее время тканевая эозинофилия предстает активным феноменом, «ответственным» за его развитие. Предполагается, что эффекторная роль Эф как в иммунном так и в неиммунном воспалении также может быть реализована за счет выработки ими БАВ. Поэтому

показатели активности БАВ Эф, могут являться важными маркерами для определения степени тяжести заболеваний сопровождающихся эозинофилиями.

Цель нашего исследования: определение корреляционной зависимости эффекторной активности Эф по активности эозинофильного маркера – эозинофильной пероксидазы (ЭПО) – в патогенезе воспаления.

Работа выполнена на 157 крысах-самцах линии Вистар массой 180-200г, модель воспаления: острый карагиненовый перитонит. Используются патофизиологические, гематологические, цитохимические и статистические методы исследования.

На модели острого воспаления была исследована эозинофильная реакция очага, костного мозга и периферической крови, а также активность ЭПО в Эф экссудата и периферической крови. Установлено, что нет полного соответствия изменения динамики между активностью маркерного фермента ЭПО Эф экссудата и периферической крови и притоком Эф в очаг, что свидетельствует об активной роли этих гранулоцитов в неиммунном воспалении, подтверждая предположение об эффекторной их роли по отношению к другим клеткам-эффекторам в этом процессе.

Мирошниченко М.С., Фельдман Д.А.
ОСЛОЖНЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ФЕТОГЕНЕЗ ПОЧЕК
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической анатомии

В настоящее время патология органов мочевой системы у детей не только не утратила своей актуальности, но и остается серьезной и значимой проблемой в педиатрии. Отмечается рост числа заболеваний мочевыделительной системы у детей различных возрастных групп. При этом частота нефропатий значительно выше (в 6–10 раз) в группе детей высокого риска, родившихся у матерей с осложненной беременностью.

Цель исследования – выявить патогистологические особенности почек у новорожденных от матерей с осложненной беременностью.

Материалы и методы исследования. Материалом данного исследования послужила ткань почки. Во время проведения аутопсий новорожденных брали два кусочка с каждой почки. После фиксации материала в 10% растворе формалина, проведения спиртовой проводки и парафиновой заливки изготавливались срезы толщиной 5–6 мкм, которые окрашивались гематоксилином и эозином. Материал разделен на две группы: 1 – контрольная группа (n=6) – новорожденные, смерть которых наступила в результате острого нарушения маточно-плацентарного кровообращения; 2 – исследуемая группа (n=18) – новорожденные от матерей, беременность у которых осложнилась преэклампсией, железодефицитной анемией, инфекцией, гипертонической болезнью.

Результаты исследования. При микроскопическом исследовании почек новорожденных обеих групп в зоне коры субкапсулярно определялись клубочки эмбрионального типа, которые состояли из недифференцированных эпителиальных клеток висцерального листка и нефункционирующих спавшихся капиллярных петель. Необходимо отметить, что количество эмбриональных клубочков преобладало у новорожденных второй группы. Кроме того, у новорожденных второй группы нередко эмбриональные клубочки располагались не только под капсулой или по ходу борозд, но и в более глубоких отделах коркового слоя почек. В среднecорковой зоне и юкстамедуллярной области клубочки были более зрелыми, они отличались большими размерами, содержали от 3 до 5 функционирующих капилляров. У новорожденных второй группы в почке определялись поля зрения с неравномерным распределением гломерул, их очаговым расположением в корковом веществе в сочетании с участками

агломерулярности. В почках у новорожденных обеих групп степень дифференцировки почечных канальцев менялась в зависимости от их локализации. В субкапсулярной зоне обнаруживались незрелые канальца – мелкие, полиморфные, с узким просветом, выстланные кубическим или цилиндрическим эпителием. В среднекортикальной и юкстамедуллярной зонах определялись более зрелые канальца. Их отличали большие размеры, выраженный просвет. Стенки их выстланы кубическим эпителием. Клетки проксимальных канальцев отличались от клеток дистальных более выраженной эозинофилией. Отмечалось преобладание количества незрелых канальцев у детей второй группы. По сравнению с группой контроля в исследуемой группе в почках определялись единичные клубочковые и канальцевые кисты. Клубочковые кисты небольших размеров, чаще располагались в субкапсулярной и междольковой зонах, реже – в глубоких отделах коры и представляли собой образование с кистозно расширенным боуменовым пространством, выстланным кубическим или уплощенным эпителием. Сосудистые петли клубочка резко атрофичны, а иногда выявлялись лишь в виде небольшого рудимента или не выявлялись вовсе. Канальцевые кисты также небольших размеров, округлой или овальной формы, выстланы кубическим эпителием.

Выводы. В почках у новорожденных от матерей, беременность которых была осложнена преэклампсией, железодефицитной анемией, инфекцией, гипертонической болезнью выявляются признаки незрелости, которые могут стать в дальнейшем онтогенезе пусковым механизмом в развитии нефрологической патологии у таких детей.

Шеремета И.А., Цыганок Ю.С., Мирошниченко М.С., Плитень О.Н., Сакал А.А. СЛУЧАЙ БЕШЕНСТВА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической анатомии**

Бешенство известно человечеству более тысячелетия как одно из наиболее опасных заболеваний, которое вызывается вирусом, относящимся к семейству Rhabdoviridae рода Lyssa, и проявляется тяжелым поражением центральной нервной системы и высоким риском летального исхода. По оценке ВОЗ, по наносимому экономическому ущербу среди инфекционных болезней бешенство занимает пятое место. Заболеваемость бешенством регистрируется на территории 167 стран мира, где ежегодно свыше 10 млн. человек получают различные повреждения от животных и более 4 млн. человек получают антирабическую помощь. Ежегодно от бешенства погибают до 50 тыс. человек.

Природным резервуаром бешенства являются животные, поэтому бешенство относится к зоонозным инфекциям. Бешенством болеют лисицы, волки, собаки, летучие мыши, крысы, домашний скот и другие теплокровные животные. В организм человека вирус может проникать при укусе больного животного, при попадании слюны на кожу, пораженную микротравмами. Для бешенства характерна цикличность течения. Различают: инкубационный период, период предвестников (продромальный), период возбуждения, период параличей.

Остаются проблемными вопросы диагностики бешенства. Тестов для обнаружения бешенства у людей до наступления клинических симптомов не существует, и до тех пор, пока не разовьются клинические признаки бешенства, постановка клинического диагноза может быть затруднена. Чаще диагноз верифицируется постмортально при исследовании мозга погибших людей или животных. Своевременное промывание и правильная обработка раны после укуса, обращение за медицинской помощью, раннее начало введения антирабической

вакцины, а в случае укусов в зонах обильной иннервации (голова, шея, верхние конечности) – дополнительно введение антирабического иммуноглобулина, может служить защитой от этой смертельной инфекции.

Приводим собственное наблюдение летального случая бешенства. Больной М., 43 лет, 28.08.2013 г. поступил в Областную клиническую инфекционную больницу (ОКИБ) в состоянии средней степени тяжести с жалобами на бессонницу, ларингоспазм, затрудненный вдох, чувство нехватки воздуха, беспокойство, водобоязнь. Из анамнеза известно, что 11.07.2013 г. больной был поцарапан в области лица лисой, которая забежала во двор в курятник. В этот же день пострадавший обратился за медицинской помощью в приемное отделение Нововодолажской ЦРБ, где ему была проведена первичная хирургическая обработка раны. От антирабического лечения больной отказался. 22.08.2013 г. у больного появилось першение в горле, заложенность носа, повышение температуры, 24.08.2013 г. – тяжелое дыхание и гидрофобия. 26.08.2013 г. больной вновь обратился за медицинской помощью в Нововодолажскую ЦРБ и был госпитализирован с диагнозом ОРВИ, пневмония; 27.08.2013 г. переведен в ОКИБ, где был поставлен диагноз бешенства. Состояние больного прогрессивно ухудшалось, 28.08.2013 г. констатирована биологическая смерть.

При микроскопическом исследовании тканей внутренних органов на фоне выраженного полнокровия были выявлены следующие изменения: в головном мозге – умеренно выраженный перичеселлюлярный и периваскулярный отек с дистрофическими изменениями нейронов, значительное количество гибнущих нейронов, в отдельных нейронах подкорковых ядер, коры и ствола обнаружены округлые и овальные четко очерченные эозинофильные внутрицитоплазматические включения (тельца Бабеша – Негри); в легких – мелкий инфаркт и скопления отечной жидкости в части альвеол; в сердце – очаги контрактурных сокращений и фрагментации мышечных волокон; в печени – нарушение балочного строения долек, очаговые некрозы, часть гепатоцитов в состоянии жировой дистрофии; в почках – очаговые некротические изменения эпителия извитых канальцев почек; в селезенке – мелкоочаговые кровоизлияния и редукция лимфоидных фолликулов.

Результаты вскрытия и гистологического исследования внутренних органов, с учетом клинико-анамнестических данных, позволяют считать основным заболеванием бешенство, что подтверждает клинический диагноз.

Щукина В.Д.

**АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ СЕПСИСА ПО ДАННЫМ
ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКБ ЦЕМД и МК
г.ХАРЬКОВА ЗА 2009-2013гг.**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра патологической анатомии**

Научный руководитель: к.м.н., доц., Наумова О.В.

Сепсис - генерализованное воспалительное заболевание организма, возникающее в результате циркуляции в крови чужеродных микроорганизмов и продуктов их жизнедеятельности.

С целью изучения особенностей летальных случаев от сепсиса нами проанализирован архивный материал патологоанатомического отделения Областной клинической больницы «центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф» за 2009-2013 года (1807 протоколов патологоанатомических исследований).

Частота случаев в ОКБ составила в 2009 – 2(0,71%), в 2010 – 0(0%), в 2011 – 3(0,87%), в 2012 – 4(0,98%), в 2013 – 5 случаев(1,05%). Сепсис, как основное

заболевание, встречалось в 14 случаях. Из них 2 наблюдения уросепсиса(14,3%), 5 септицемий, вызванныхзолотистымстафилоккоком(35,7%), 7 случаевсепсиса с полиорганнойнедостаточностью(50%). В 38% случаев входными воротами оказывались органы брюшной полости, в 28% - органы мочеполовой системы, в 10% органы дыхания, в 24% случаев определить точную локализацию входных ворот не удалось. Причинойсмерти в 60% случаев стала полиорганныенедостаточность, в 40% интоксикация. В 10 наблюдениях умершими были мужчины(71,4%), в 4 – женщины(28,6%). Возраст умерших - 28 - 65лет (средний возраст 46 лет).

В результате проведенного исследования, можно сделать вывод, что в настоящее время имеется тенденция увеличения летальности от сепсиса , при чем летальные случаи чаще встречаются у мужчин.

ФАРМАКОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ

Акмырадов А.А.

О ТОКСИЧНОСТИ ПАРАЦЕТАМОЛА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – д.м.н. проф.Киричек Л.Т.

Парацетамол (пара-ацетаминфнол) – ненаркотический анальгетик, рекомендуемый ВОЗ в качестве противоболевого и жаропонижающего средства. Широко затребован во всех странах мира. В Украине активно рекламируется в виде моно- и комбинированных препаратов. Является основным метаболитом фенацитена. Подавляет активность ЦОГ-3 в ЦНС, периферическое противовоспалительное действие практически отсутствует. В клинической практике используется с 1955 г. (США). Среди анальгетиков длительное время считался наименее опасным препаратом. Однако такие особенности фармакокинетики парацетамола, как проникновение через ГЭБ, слабая связь с белками крови и максимальная концентрация в печени и почках при определенных условиях его применения может обусловить побочные эффекты, а узкая широта его терапевтического действия – интоксикацию.

Клиническим проявлением его токсического действия является поражение печени, почек, угнетение ЦНС и метгемоглобинообразование. В основе механизма этих нарушений лежит прямое токсическое действие основного метаболита парацетамола – N-ацетилбензохинонимина, который активно взаимодействует с клеточными и субклеточными структурами, приводя в дальнейшем к их гибели. В крови этот метаболит способствует переходу гемоглобина в метгемоглобин, разрушает эритроциты и вызывает стойкое угнетение кроветворения. Токсичности парацетамола способствует также интенсификация ПОЛ, нарушение почечного кровотока в почках, а также прямое взаимодействие с SH-группами белка. Нефротоксичность может привести к нарушению водно-солевого обмена и артериальной гипертензии.

Парацетамолу свойственно иммуно-аллергическое и тератогенное действие.

Для снижения риска развития нежелательных побочных явлений при применении парацетамола следует использовать его в минимальной терапевтической дозе на протяжении возможно короткого курса.

Александрова А.В.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАНОЧАСТИЦ В ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – д.м.н., проф. Т.В. Звягинцева

В настоящее время в мировой литературе большое внимание уделяется нанотехнологиям. Материалы, полученные с использованием нанотехнологий, уже находят применение в медицине. Наноматериалы являются уникальным классом веществ, на основе которых возможно создание новых фармакологически активных препаратов. Они состоят из макромолекулярного биосовместимого материала, в который активно внедрено лекарственное вещество. Известно, что эффект антибактериального воздействия зависит от концентрации антибиотика в месте локализации возбудителей гнойной инфекции. Лекарство распределяется в организме

в соответствии с физико-химическими свойствами и лишь небольшое его количество достигает мишени. Достижение антибиотиком очага поражения особенно снижено при внутриклеточной локализации бактерий, а также при локальной хирургической инфекции. Изменить ситуацию с низким потенциалом активности антибиотика в очагах микробного воспаления может целенаправленная доставка лекарственных средств. При этом следует рассчитывать на увеличение концентрации препарата в очаге и, соответственно, на уменьшение проникновения его в другие ткани и органы, являющиеся мишенями побочного эффекта. Вместе с наночастицами лекарственное вещество с помощью фагоцитирующих клеток может попадать непосредственно во внутритканевую и внутриклеточную среды. Активность препарата затем восстанавливается при биодеструкции полимерной основы наночастиц. В результате, наночастицы могут обеспечивать пассивно-направленный транспорт лекарств во внутриклеточную среду фагоцитирующих клеток, т.е. в систему моноклеарных фагоцитов. Это наиболее привлекательно для антимикробных препаратов в терапии воспалительных заболеваний.

Богату С.І.

ФІТОПРЕПАРАТИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ (ЗП) У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ(ЦД) II ТИПУ

**Одеський національний медичний університет, кафедра організації,
економіки фармації і фармакогнозії**

Науковий керівник – к.б.н., доц. Деревинська Т.І.

Актуальність. Серед хворих на ЦД спостерігається значна розповсюдженість запальних ЗП – від 51,8% до 98,8%. Вони носять генералізований характер і в більшості випадків мають середньо-тяжку ступінь. Багатогранність патогенезу ЗП на тлі ЦД обумовлює комплексність підходу до лікування ЗП, що включає загальну та місцеву терапію. При місцевій терапії можливе призначення фітопрепаратів, які є джерелом БАР, що впливають на різні ланки патогенезу, сприяють корекції порушених процесів метаболізму.

Мета: обґрунтувати застосування фітопрепаратів у комплексному лікуванні ЗП у хворих на ЦД II типу.

Результати дослідження. Для нормалізування обміну вуглеводів, що порушений при ЦД, можливе використання лікарських рослин (ЛР), що мають інсуліноподібну дію, наприклад, не лише відомий «арфазетин», а й настої для внутрішнього застосування з листя чорниці, барбарису, суниці, квіток бузини, стулок квасолі. При наявності запального компоненту місцеве лікування спрямоване на зменшення набряку, гіперемії, кровоточивості ясен. З цією метою доцільно вводити у фітозбори та застосовувати траву звіробою, листя шавлії, кору дуба, квітки нагідок, квітки арніки. Рекомендований асортимент підібрано виключно з офіційної лікарської рослинної сировини, яка є у вітчизняній аптечній мережі, може бути заготовленою чи вирощеною в Україні.

Висновки. У комплексному лікуванні ЗП на тлі ЦД II типу можливе широке використання фітопрепаратів. Доступність та простота використання цих засобів, відсутність побічних реакцій надають особливої актуальності подальшому пошуку джерел ЛР для застосування при лікуванні даної патології.

Бортновская В.С.
КОМБИНИРОВАННЫЕ НООТРОПЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.м.н, доцент Миронченко С.И.

Хроническая цереброваскулярная недостаточность (ХЦВН) является фактором риска развития острых нарушений мозгового кровообращения, а также причиной постепенного нарастания различных неврологических и психических расстройств. Учитывая разнообразие патогенетических механизмов, лежащих в основе ХЦВН, больным назначают средства, нормализующие реологические свойства крови, венозный отток, оказывающие антиоксидантное, ангиопротективное, нейропротективное и нейротрофическое действия. В клинической практике оптимальным является применение препаратов комплексного действия, так как это позволяет снизить фармакологическую нагрузку на больного и исключает полипрагмазию. В настоящее время в странах СНГ и Евросоюза зарегистрированы следующие ноотропные препараты, представляющие собой комбинации пирацетама с диазепамом (диапирам), оротовой кислотой (ороцетам), циннаризином (Фезам), аминалоном (олатропил), титотриазолином (тиоцетам), а также – комбинации мелатонина с экстрактом валерианы (юкамен), аминалоном (бинотропил) и пиридоксином (апик). Данные препараты оказывают нейротрофическое, нейропластическое и нейропротекторное действие, поэтому их применение достаточно эффективно у пациентов с ранними (I и II) стадиями ХЦВН. При III стадии ХЦВН роль комбинированных ноотропов заключается в предотвращении гибели нейронов в зоне пенумбры и стимуляции нейрорепарации, что предотвращает прогрессирование осложнений.

Таким образом, применение комбинированных ноотропов является патогенетически обоснованным и в комплексной терапии обеспечивает профилактику развития осложнений и повышает результативность лечения.

Боярский А.А.
СВЕДЕНИЯ О ФАРМАКОТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель: к.м.н., доц. Ананько С.Я.

Ревматоидный артрит (РА) - аутоиммунное заболевание, которое приводит к хроническому воспалению суставов, кроме того поражаются околосуставные и некоторые другие ткани, органы и системы организма, поэтому ревматоидный артрит относят к системным заболеваниям. Недавно на конгрессе EULAR (Европейская лига по борьбе с ревматизмом) был обнародован неутешительный прогноз: к 2015 году количество больных ревматоидным артритом вырастет на 75 процентов по сравнению с 2005-м. Поэтому усилия многих ученых мира направлены на поиски эффективных методов фармакотерапии РА.

На данный момент классической считается следующая схема лечения РА: назначение нестероидных противовоспалительных средств; глюкокортикостероидов; миорелаксантов для снятия мышечных спазмов, которые появляются на фоне суставных болей; употребление антидепрессантов при развитии артрита на фоне стрессов; местные инъекции анестетиков; назначение хондропротекторов; применение

витаминов (А, Е, С, В1, В3, В6, В12), микроэлементов (молибден, селен, сера, цинк, медь, марганец) и аминокислот (аргинин, метионин); изменение режимов нагрузок на суставы с применением бандажей, протезов; лечебная диета; ЛФК и мануальная терапия; курсы различных видов физиотерапии: лазерная,.

Также предварительные исследования последних лет BeST (Behandel Strategienn) показали, что наиболее эффективно сочетание следующих фармакологических препаратов: низкие дозы метотрексата (структурный аналог фолиевой кислоты) в комбинации с сульфасалазином (антимикробное и противовоспалительное действие), глюкокортикоиды в высоких дозах.

Брачкова Д.С., Колесник В.А.

ТРАНКВИЛОНООТРОПЫ – СОВРЕМЕННЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ С НООТРОПНЫМ РАДИКАЛОМ ДЕЙСТВИЯ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель - к.м.н., доц. Миронченко С.И.

В связи с ростом заболеваний, вызванных стрессовыми ситуациями, нервным перенапряжением, большим количеством разных негативных факторов, predetermined сложной социально-экономической ситуацией в стране, увеличением количества техногенных катастроф возросло применение психотропных лекарственных средств, в частности транквилизаторов и ноотропов. Однако их лечебное воздействие может ограничиваться проявлением седативного или психостимулирующего эффектов, а также сопровождаться развитием побочного действия.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда вызывают угнетение когнитивных функций и мотиваций, ноотропы – усиливают аффективные, психопатоподобные и тревожные расстройства. Также эти препараты в терапевтических дозах могут вызвать ряд неблагоприятных побочных эффектов со стороны сомато-неврологической сферы, не вполне удовлетворяя требованиям современной психофармакотерапии в отношении безопасности применяемых лекарственных средств. Поэтому в последние годы предпочтение отдается препаратам широкого клинико-терапевтического спектра, позволяющим оказывать положительное влияние одновременно на различные составляющие астенического симптомокомплекса, не усугубляя состояние больных. Перспективным направлением в этой области считается использование препаратов, совмещающих достоинства транквилизаторов и ноотропов.

Особый интерес вызывает возможность использования лекарственных средств нового поколения («транквилоноотропы» или ноотранквилизаторы), обладающих широким спектром психофармакотерапевтической активности, включающим не только прямое активирующее действие на когнитивные функции (обучение, память, умственная деятельность), но и анксиолитический, антиастенический, тимолептический и другие эффекты. Современным требованиям, предъявляемым к психотропным средствам, могут соответствовать транквилоноотропы (атипичные транквилизаторы с ноотропным радикалом действия) — фенибут и мебикар. Они отличаются сбалансированным лечебным эффектом и имеют минимальные побочные эффекты. У фенибута, наряду с ноотропным, наиболее выражено противотревожное действие (устраняет ощущение напряжения, тревоги и страха без нежелательного седативного эффекта или возбуждения), тогда как пирацетам и другие ноотропы, напротив, оказывает общее активирующее действие наряду с ноотропным и абсолютно лишены анксиолитического (противотревожного) эффекта. В отличие от

эталонных ноотропов, мебикар не вызывает гиперстимуляции и обострения продуктивной психопатологической симптоматики у психиатрических пациентов. Более того, он оптимизирует процесс мышления, уменьшая выраженность таких расстройств, как бессвязность, ускорение речи резонерство, обстоятельность.

Соединение ноотропного и успокаивающего эффектов в фенибуте и мебикаре дает возможность достигать адаптогенной активности, антистрессового и стреспротекторного действия, особенно в условиях ухудшения мозгового кровообращения и гипоксии. По эффективности, безопасности и экономичности «транквилоноотропы» отвечают требованиям, предъявляемым к современным психотропным препаратам, применение которых допустимо в максимально широком диапазоне при лечении невротических реакций и в комплексной терапии соматических больных. Транквилоноотропы – это будущее в лечении многих расстройств нервной системы.

Гранкина А.В., Бидыло Т.В.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАДОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – ас. Александрова А.В.**

Метадоновая заместительная терапия – опиоидная заместительная терапия наркомании, вызванной употреблением опиатов. Заместительная поддерживающая терапия метадонном прежде всего преследует цель социализации наркоманов, отмены у них внутривенного введения наркотиков. Известно, что метадон по своим фармакологическим свойствам весьма близок к иным опиоподобным наркотикам, таким, например, как морфин и героин (собственно, именно поэтому и возможно их замещение метадонном). Как и иные опиоиды, метадон вызывает наркотическое опьянение, а также психическую и физическую зависимость, однако у него существует так называемый порог плато, то есть его доза, в отличие от героина, не растет в бесконечности. Кроме этого, его действие длится от 12 до 24 часов, что выгодно выделяет его из группы остальных опиоидных препаратов.

Было проведено исследование, в котором участвовали 200 добровольцев, страдавших зависимостью от опиоидных наркотиков. Из них 108 добровольцам под кожу предплечья было имплантировано по четыре дозатора, каждый из которых содержал 80 миллиграммов метадона. Остальным участникам исследования имплантировали дозаторы с плацебо. За первые четыре месяца исследования в 58 процентах проб мочи получавших препарат больных не было выявлено запрещенных опиоидов. В контрольной группе этот показатель составил 28 процентов. Благодаря установленным имплантам в крови пациентов в течение шести месяцев поддерживался низкий уровень метадона. В результате, среди добровольцев снизилась частота употребления запрещенных препаратов. Кроме того, у получавших лечение пациентов исследователи зафиксировали уменьшение тяжести абстинентного синдрома. Наиболее важными результатами исследований было уменьшение употребления “уличных” опиатов, инфицирования ВИЧ, инфекционным гепатитом и прочими заболеваниями. Однако, другие источники свидетельствуют о том, что заместительная терапия метадонном не обеспечивает отказа от инъекционного употребления «уличных» наркотиков, и поэтому напрасны надежды на то, что введение метадона поможет обуздать распространение ВИЧ/СПИД. Так же, нельзя

сбрасывать со счетов тревожные данные о том, что метадон ускоряет репликацию вируса иммунодефицита человека, а долгосрочное использование метадона у лиц, инфицированных ВИЧ, приводит к значительно более быстрому уменьшению численности лимфоцитов, что дополнительно ослабляет их иммунитет. Таким образом, на сегодняшний день остается актуальным вопрос выбора тактики лечения и поиска новых подходов к лечению пациентов с наркотической зависимостью и абстинентным синдромом, а также остается открытым вопрос безопасности применения в этом качестве метадона.

Гринь И.В.

ДОСТОИНСТВА НАНОПРЕПАРАТОВ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – д.м.н., проф. Т.В. Звягинцева

Разработка и внедрение инновационных лекарственных форм является приоритетной задачей фарминдустрии. В настоящее время около 25% мирового объема продаж лекарств занимают препараты с улучшенной системой доставки. Имеющиеся на рынке препараты (капралон, креон, пангрол и др.), как правило, продлевают действие и увеличивают биодоступность лекарственного средства (ЛС), а также снижают возможные побочные эффекты (К. В. Балакин, Ю.А. Федотов, 2005г.).

Разрабатываемые и внедряемые в настоящее время системы доставки обладают не только перечисленными выше полезными свойствами, но и обеспечивают направленный транспорт лекарств к очагу патологического процесса. Это позволяет не только в значительной степени увеличить эффективность используемого ЛС, но и существенным образом улучшить его потребительские характеристики.

Очевидно, что финансовый аспект крайне важен для украинского потребителя, поскольку доля более дешёвых отечественных лекарств, преимущественно дженериков, на украинском рынке составляет не более трети. При этом доля препаратов с улучшенной системой доставки среди них крайне незначительна. В связи с этим, разработка систем доставки ЛС, патентование и производство не только улучшенных лекарственных форм хемодженериков, но и создание новых ЛС направленного действия - актуальная задача украинской фарминдустрии.

Как правило, традиционные лекарственные формы содержат одно или несколько индивидуальных лекарственных веществ в формах, пригодных для энтерального или парентерального введения. Применяемые подходы к введению лекарств в организм человека при использовании традиционных лекарственных форм имеют ряд существенных недостатков: повышенный расход лекарственных веществ, вызванный тем, что лекарственное вещество не достигает всех необходимых биологических мишеней; ненаправленное действие лекарственных веществ, приводящее к побочным эффектам; недостаточная биосовместимость и нежелательные физиологические эффекты в области введения лекарственного средства; необходимость использования специальных методик введения лекарственного препарата; значительные трудности в использовании лекарственных веществ с неоптимальными транспортными свойствами.

Таким образом, традиционные лекарственные формы уже не отвечают жёстким современным требованиям. Создаваемые же препараты на основе наночастиц обладают рядом преимуществ: пролонгируют действие ЛС, и как следствие, снижают частоту приёма препарата; обеспечивают необходимую биосовместимость; защищают ЛС от преждевременной биodeградации; увеличивают биодоступность веществ с неоптимальными транспортными свойствами; преодолевают

биологические барьеры, включая гематоэнцефалический барьер и стенки желудочно-кишечного тракта; осуществляют направленный транспорт ЛС (ткане- и/или мишень-специфичная доставка); обеспечивают контролируемое высвобождение ЛС (обратный ответ, местная или удаленная активация); поддерживают оптимальную терапевтическую концентрацию лекарственного вещества; минимизируют побочные эффекты лекарственных веществ и их метаболитов; обеспечивают возможность визуализации очага патологического процесса, контроля взаимодействия лекарственного вещества с целевыми биологическими мишенями и результатов лечения на клеточном уровне.

Разработка новых эффективных лекарственных форм с применением передовых нанотехнологий имеет все шансы стать одним из приоритетных направлений в области государственной научно-технической и экономической политики.

Каширина А. В.

НОВЫЕ МИШЕНИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ СПИДА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.м.н, доц. МIRONЧЕНКО С.И.**

Проблема развития резистентности при применении комбинированной антиретровирусной терапии СПИДа (ингибиторы протеаз, интегразы, обратной транскриптазы вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)) потенцирует активный поиск соединений, нарушающих другие стадии цикла вируса. Новыми мишенями противоретровирусных препаратов могут быть хемокиновые рецепторы CCR5, CXCR4, регуляторные белки ВИЧ (tat, rev, nef и vif). Так, на разных этапах клинических испытаний находятся ингибитор созревания вируса (бевиримат), антагонисты хемокиновых рецепторов CCR5 (маравирок) и CXCR4 (плериксафор). Группе ученых из испанских университетов удалось разработать синтетическую молекулу малых размеров, способную присоединяться к генетическому материалу вируса СПИДа и блокировать его репликацию. Генетический материал вируса ВИЧ содержит в себе рибонуклеиновую кислоту (РНК), кодирующую некоторые белки. С помощью этих белков вирус присоединяется к CD4-рецептору на поверхности мембраны, проникает в клетку и воспроизводится в ней. Новый вирусный ингибитор, терфенил, соединяет rev-рецепторы в вирусной РНК, предотвращая взаимодействие белка с его РНК рецептором. Это взаимодействие необходимо, чтобы генетический материал вируса мог покинуть ядро инфицированной клетки, что является существенным для выживания вируса ВИЧ-1. Было доказано, что терфенил блокирует этот процесс. При этом репликация вируса не происходит, и тем самым другие клетки не заражаются.

Таким образом, исследования, связанные с воздействием терфенила как ингибитора регуляторного гена rev, открывают новые пути к решению терапевтических целей, связанных с борьбой против вируса СПИДа.

Красковская Т.Ю.

ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.ф.н., ас. Березняков А.В.**

Сахарный диабет (СД) — системное заболевание, развивающееся в результате абсолютного (I тип) или относительного (II тип) дефицита инсулина, приводящего

первоначально к нарушению углеводного обмена, а затем к нарушению всех видов обмена веществ и поражению всех функциональных систем организма. Лечение сахарного диабета в первую очередь является соблюдение строгой диеты, умеренные физические нагрузки, рациональный режим дня, а также обязательное применение препаратов инсулина при I типе, и по показаниям при декомпенсированном СД II типа. Многие эндокринологи настоятельно рекомендуют включать в рацион питания растительную пищу, содержащую сахароснижающие (гипогликемические) вещества, такие как галегин, инозин, инулин. Это настои ягод шиповника, створок стручков фасоли, настойка из черники, чай из листьев брусники, бузины, вишни, ежевики и черники, пряности — базилик, ванилин, имбирь, мята, мускатный орех, овощи — сельдерей, свекла, капуста, морковь, укроп, петрушка, топинамбур.

Также возможно применение гипогликемических сборов, в состав которых должны входить листья черники, створки стручков фасоли обыкновенной, семена льна, зеленая солома овса, створки стручков фасоли, листья лавра благородного, плоды можжевельника, кукурузные столбики с рыльцами, трава манжетки. Данные растения также обладают тонизирующим, иммуностимулирующим, желчегонным, седативным действием, а также обогащают организм витаминами, микро- и макроэлементами, благоприятно влияют на все виды обмена веществ.

В комплексной терапии сахарного диабета совместно с инсулинами целесообразно применять фитосредства в качестве дополнительных мер для коррекции уровня глюкозы в крови.

Кривошапка А.В., Бережная А.В.

ВЛИЯНИЕ МЕТИЛУРАЦИЛОВОЙ МАЗИ НА МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА В ОЧАГЕ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры**

Научный руководитель – д.м.н., проф. Звягинцева Т.В.

Цель работы - изучение метаболитов оксида азота в очаге термического ожога под влиянием метилурациловой мази.

Эксперименты по моделированию ожогов выполнены на крысах популяции WAG, разделенных на 3 группы: 1 – интактные (n=6); 2 – животные с термическим ожогом, без лечения (контроль, n=30); 3 – животные с термическим ожогом, которым наносили метилурациловую мазь (n=30). У животных 2 и 3 групп на выстриженном участке задней части бедра под наркозом вызывали термический ожог. Животным 3 группы на обожженную поверхность наносили метилурациловую мазь. Наблюдения за процессами заживления ожоговых ран проводили на 3, 7, 14, 21, 28 сутки. В эти сроки регистрировали состояние раны и исследовали содержание метаболитов оксида азота в очаге крыс по методу L.C. Green с соавт. в модификации В.А. Метельской и Н.Г. Гумановой. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия t-Стьюдента.

У животных 2 группы после термического воздействия отмечалась выраженная гиперемия с последующим образованием на 2 сутки тонкого струпа коричневого цвета. С 3 суток прослеживалась тенденция к размягчению центральной части толстого струпа, при надавливании из-под него выделялся серозно-гнойный экссудат. На 7 сутки рана представляла собой зону глубокого некроза, заполненную серозно-гнойным экссудатом. На протяжении следующих двух недель наблюдения (до 21 суток) в центре ожоговой раны отмечались уменьшение зоны некроза и эпителизация

раневого дефекта. К 28 суткам ожоговая рана была частично эпителизирована с образованием тонкого нежного рубца.

У животных контрольной группы содержание метаболитов оксида азота в очаге было увеличено на протяжении всего времени наблюдения по сравнению с интактными животными. Так на 3-и сутки содержание метаболитов оксида азота превышало норму в 2 раза, на 7-е сутки – в 2,9 раза – достигая максимальных значений, на 14-е сутки – в 1,9 раза, на 21-е сутки – в 1,7 раза, на 28-е сутки – в 1,4 раза.

У животных 3 группы под влиянием метилурациловой мази течение раневого процесса было более благоприятным, чем в группе контроля. Сразу после травмы ожоговая поверхность была гиперемирована и на 2 сутки покрылась тонким струпом коричневого цвета. Начиная с 3 суток также происходило размягчение центральной части толстого струпа, однако при надавливании из-под него выделялся преимущественно серозный экссудат. На 7 сутки зона некроза в области раны была заполнена серозным экссудатом. На протяжении следующих двух недель наблюдения (до 21 суток) в центре ожоговой раны уменьшение зоны некроза и эпителизация раневого дефекта происходили быстрее, чем в предыдущей группе. К 28 суткам ожоговая рана была практически полностью эпителизирована с образованием нежного рубца.

В коже под действием мази содержание оксида азота было повышено лишь в течение первой недели наблюдения (3-и сутки – в 2,2 раза, 7-е сутки – в 2,1 раза). Снижение показателей до нормы происходило на 14-е сутки, оставаясь в пределах физиологических показателей до конца наблюдения. При этом на протяжении 7-х–28-х суток содержание оксида азота было достоверно ниже, чем в контрольной группе животных: (на 7-е сутки – в 1,4 раза, на 14-е – в 1,8 раза, на 21-е – в 1,7 раза и на 28-е сутки – в 1,6 раза).

Как следует из результатов проведенных исследований, течение экспериментального ожога сопровождается длительным и значительным повышением содержания метаболитов оксида азота в очаге (не менее 28-ми суток). Применение метилурациловой мази приводит к быстрому (к 14-м суткам) снижению оксида азота до физиологических показателей, что сопровождается более благоприятным течением раневого процесса.

Кривошапка А.В., Бережная А.В.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ SH-ГРУПП В ОЧАГЕ И КРОВИ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТИЛУРАЦИЛОВОЙ МАЗИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ У КРЫС

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – д.м.н., проф. Звягинцева Т.В.

Цель работы – определение сульфгидрильных групп в очаге и периферической крови в динамике развития экспериментального ожога и при лечении метилурациловой мазью.

Эксперименты по моделированию ожогов выполнены на 66 крысах популяции WAG массой 200–250 г. Животные были разделены на 3 группы: 1 – интактные (n=6); 2 – животные с термическим ожогом, без лечения (контроль, n=30); 3 – животные с термическим ожогом, которым наносили метилурациловую мазь (n=30). Животным 2 и 3 групп на выстриженном участке спины под барбитуровым наркозом вызывали термический ожог площадью 400мм². Для этого использовали прибор с установленной температурной шкалой и электропаяльником, на конце которого крепится съемная металлическая насадка. Время экспозиции нагретой до 200⁰С контактной пластинки составляло 10 сек. При соблюдении этих условий ожог кожи у

крыс соответствовал III степени клинической классификации ожогов. Данный метод позволяет получить стандартные по площади и глубине ожоги. Содержание SH-групп в крови и очаге определяли по методу Северина С.Е. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия t-Стьюдента.

Исследование уровня SH-групп в периферической крови животных с естественным течением патологического процесса показало его стабильное понижение в течение всего времени исследования относительно интактной группы (на 3-и сутки – в 1,2 раза, 7-е сутки – в 1,9 раза, 14-е сутки – в 1,4 раза, 21-е сутки – в 1,3 раза, 28-е сутки – в 1,2 раза). Содержание SH-групп в очаге оставалось сниженным в течение первых трех недель исследования относительно интактной группы. Так на 3-и сутки оно было ниже нормы в 1,8 раза, 7-е – в 1,6 раза, 14-е – в 1,4 раза, 21-е сутки – в 1,3 раза. В группе животных с применением метилурациловой мази содержание SH-групп в периферической крови на протяжении первых 3-х недель наблюдения оставалось в пределах физиологических колебаний. К концу эксперимента содержание SH-групп в периферической крови животных повысилось на 18 % относительно интактных животных. При этом на протяжении 7-х – 28-х суток содержание SH-групп было достоверно выше, чем в группе с ожогом без лечения (7-е сутки – в 1,8 раза, 14-е сутки – в 1,4 раза, 21-е сутки – в 1,5 раза, 28-е сутки – в 1,4 раза). Содержание SH-групп в очаге в течение 3-х–21-х суток было достоверно ниже показателей интактной группы, лишь к 28-м суткам достигло физиологических показателей. Так, на 3-и сутки содержание SH-групп было ниже нормы на 29 %, 7-е сутки – на 28 %, 14-е сутки – на 13 %, 21-е сутки – на 12 %.

Таким образом, изменения содержания SH-групп в очаге при ожоговой травме носили более тяжелый характер, чем в крови, отражая тяжелые метаболические нарушения в ране. Местное применение метилурациловой мази подтверждает эту закономерность. Восстановление количества SH-групп до нормы в коже очага под влиянием метилурациловой мази происходит только к 28-м суткам эксперимента, в то время как в крови их содержание не уменьшается.

Кука А.С., Кукушкина М. Ю.
ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ
ФАРМАКОТЕРАПИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.м.н, доц. МIRONЧЕНКО С.И.

Еще со времен немецкого иммунолога Пауля Эрлиха, основоположника химиотерапии, фармакологи мечтали о лекарстве, представляющем собой «магическую пулю», которая сама находит в больном организме цель и поражает ее. Современные достижения фармакологии, казалось бы, сделали реальной такую ситуацию. Принцип традиционной медицины (аллопатии), где используются большие дозы лекарственных веществ, – противоположное лечится противоположным («*contaria contantibus curantur*»). Аллопатический подход к лечению: «болезнь – лекарство». Действие аллопатических препаратов (АП) направлено на болезнь, ее симптомы и этиологический фактор. Однако сейчас известно, что последствия вмешательства АП в обмен веществ могут быть более глубокими и отдаленными и в связи с этим иметь важное значение. Врач, назначающий лекарство, должен думать не только о коррекции патологического состояния в настоящем, но и о влиянии препарата на всю дальнейшую судьбу больного, ведь побочные эффекты от них

проявляются в течение последующей жизни. Отсутствие привыкания и побочного действия, реализация лечебного эффекта, для которого может быть достаточен уже однократный прием препарата, – эти свойства делают похожим ГП на «магическую пулю». Гомеопатия представляет собой особое направление в медицине, которое отличается тем, что болезни лечатся веществами в малых дозах, способными вызывать состояние, подобное болезни. Основной принцип гомеопатии – закон подобия («Similia similibus curantur» – подобное лечится подобным). Гомеопатический подход к лечению: «больной – лекарство». Действие гомеопатических препаратов (ГП) направлено на макроорганизм, они оказывают иммуномодулирующее влияние, повышают неспецифическую реактивность, улучшают трофику тканей, обменные процессы, функцию выделительных органов, оптимизируют процессы регенерации, оказывают положительное регулирующее воздействие на эндокринную, центральную нервную систему, другие системы и органы. Возможно ли использовать ГП для профилактики и лечения? Да, возможно! Первая цель назначения – профилактика. При серопротекции и серотерапии ГП повышают эффективность прививочных мероприятий, уменьшают риск аллергических и токсических осложнений. В детском возрасте – в качестве профилактики для нормализации возрастных обменных процессов, диатезов, предупреждения пищевой аллергии, стимуляции иммунитета. У взрослых и людей пожилого возраста – для коррекции нейроэндокринного фона, стимуляции иммунитета, уменьшения функциональных перегрузок, предупреждения болезней старения. Следующая цель назначения – лечение. При острых патологических процессах ГП предупреждают развитие процесса на ранних стадиях, потенцируют другие виды терапии (в первую очередь, антиинфекционной), уменьшают риск ее негативного воздействия на организм. При хронических патологических процессах ГП стимулируют конституциональные реакции организма (нейроэндокринный фон, системы иммунитета, психосоматические реакции) в период ремиссии заболевания. Введение ГП в комплекс лечения хронического заболевания позволяет уменьшить количество, сократить сроки приема и/или дозы АП, вплоть до перехода на монотерапию гомеопатией, и в дальнейшем проводить противорецидивное лечение непрерывно, долго без опасности нежелательных последствий для организма. Большие возможности гомеопатии в профилактике и лечении острых и хронических заболеваний очевидны. Вопрос заключается в том, как максимально эффективно использовать этот действенный опыт применительно к возможностям современной медицинской науки. Таким образом, владение основами знаний по гомеопатии наряду с фармакотерапевтическими знаниями будет способствовать оказанию эффективной помощи каждому отдельному пациенту при том или другом заболевании с учетом важности заповеди «не навреди».

Лавров Ф.

АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МЕТАБОЛИЗМ МИОКАРДА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ганзий Т. В.**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующее место среди причин летальности при сердечно-сосудистых заболеваниях. Относительно недавно арсенал

антиишемических средств пополнился препаратами, влияющими на метаболизм миокарда. Основными их представителями являются милдронат и триметазидин.

Целью данной работы является изучение фармакологии милдроната (Ми) и триметазидина (Тр).

Активное вещество Ми является структурным аналогом гамма-бутиробетаина - предшественника карнитина. Механизм действия Ми реализуется через ингибирование окисления жирных кислот, по-видимому, путем ингибирования ферментов на пути биосинтеза карнитина, таких как гамма-бутиробетаина гидроксилазы. Ми может связываться с карнитин-ацетилтрансферазой, играющей ключевую роль в энергетическом метаболизме клеток. Ми, следовательно, может действовать в качестве регулятора энергетического обмена. Ми обладает антиишемическим и ноотропным действием и клинически используется для лечения стенокардии и инфаркта миокарда. Тр является производным пиперазина. Механизм антиишемического действия Тр обусловлен ингибированием бета-окисления свободных жирных кислот (СЖК) за счет подавления активности фермента, участвующего в этом процессе, и увеличения потребления глюкозы миокардом. При использовании глюкозы миокарду необходимо меньше кислорода, чем при метаболизме СЖК. Антиангинальный и антиишемический эффекты Тр не связаны с влиянием на гемодинамику, его применение, в отличие от традиционных антиангинальных препаратов, не увеличивает риск артериальной гипотензии, брадикардии.

Таким образом, влияя на метаболизм, оба препарата уменьшают потребность миокарда в кислороде и восстанавливают кислородный баланс.

Ложко Н.В., Пажин С.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ТИМОЗИНА А-1 В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ананько С.Я.

Проблема гепатитов на сегодняшний день является одной из центральных и актуальных для здравоохранения всего мира. По данным ВОЗ, в мире ежегодно около 50 млн человек заболевают гепатитом В (HBV), а умирают — до 2 млн человек. От 100 до 200 млн — хронические носители вируса гепатита С (HCV). Вопрос лечения гепатита, несмотря на уровень развития и достижения медицины, остается открытым.

Известно, что тимозин α -1 (ацетилированный полипептид, состоящий из 28 аминокислот) эффективно влияет на иммунную систему человека и оказывает прямое, непосредственное действие на инфицированные вирусом клетки, что дает основание говорить о его «двойном» механизме. Иммуномодулирующий эффект тимозина альфа-1 заключается в увеличении количества НК-клеток (естественных киллеров), CD-4 и CD-8 посредством стимуляции дифференциации стволовых клеток и уменьшения апоптоза Т-клеток, а также в приведении иммунного ответа к подтипу Th1 с помощью увеличения количества цитокинов Th1 (ИЛ-2, ИФН) и снижения количества цитокинов Th2 (ИЛ-4, ИЛ-10). Прямой противовирусный механизм тимозина альфа-1 состоит в увеличении экспрессии молекул главного комплекса гистосовместимости класса 1 на инфицированных клетках и прямом подавлении размножения вируса, а также в повышении внутриклеточного уровня глутатиона. Комбинация тимозина альфа-1 и интерферона α (ИФН- α) индуцирует значительное увеличение уровня ИЛ-2 и блокирует вызываемое ИФН- α повышение уровня ИЛ-10, что может быть успешно использовано в лечении хронического гепатита В (ХГВ).

Таким образом, применение тимозина α -1 в терапии заслуживает особого внимания и дальнейшего изучения. Так как это может значительно улучшить и повысить уровень жизни людей, страдающих хроническим гепатитом В, а так же выявить дополнительные свойства и механизмы тимозина α -1.

Максимовский В. А.
СОВРЕМЕННЫЕ МИФЫ ПРО АНТИБИОТИКИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.м.н., ас. Карнаух Э.В.

Появление антибиотиков произвело настоящую революцию в медицине, но сейчас в общественном сознании существуют различные заблуждения и мифы относительно этой группы противомикробных средств:

Все антибактериальные препараты являются антибиотиками. Истинными антибиотиками являются препараты, образуемые микроорганизмами или получаемые полусинтетическими и синтетическими методами, которые действуют по принципу антибиоза по отношению к микроорганизмам.

Антибиотиками можно вылечить любое инфекционное заболевание. Данный миф крайне распространен, однако антибиотиками нельзя вылечить вирусные и некоторые другие инфекционные заболевания.

Антибиотики – это зло, они крайне вредны для организма, их нельзя ни в коем случае применять. Без антибиотиков не обойтись, если речь идет о жизни и смерти больного (сепсис, интоксикация, тяжелые инфекционные заболевания).

Если какой-то антибиотик когда-то помог, то его можно затем использовать с успехом и при других заболеваниях. Один и тот же антибиотик может не помочь даже при абсолютно одинаковых болезнях у одного и того же человека, а при повторном назначении он даже может быть абсолютно неэффективен.

Я могу сам себе назначить лечение антибиотиками без участия врача. Самолечение чревато развитием серьезных побочных и токсических эффектов вследствие неправильной дозировки и нарушения схемы применения.

Дальше организм справится сам. Правильно выбранная продолжительность курса антибиотикотерапии имеет принципиальное значение.

Антимикробные препараты, не относящиеся к антибиотикам, имеют меньше нежелательных эффектов. “Любое лекарство – это яд” (Парацельс), особенно в руках некомпетентных врачей или самоуверенных самолечащихся больных.

Мороз А.Н.
БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С
НАНОРАЗМЕРНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – д.м.н., проф. Звягинцева Т.В.

В последнее время с активным развитием нанотехнологий и разработкой наноматериалов перспективным направлением при создании лекарственных средств (ЛС) является образование комплекса между известными ЛС и наночастицами (НЧ) металлов, что открывает возможность усиления их фармакологического действия, предоставления им других полезных свойств. Наноразмерное состояние и высокая удельная площадь веществ обуславливают высокую химическую активность и

высокую способность к проникновению в организм. Поэтому развитие любой новой технологии должно оцениваться с позиций безопасности. Основными биологическими эффектами НЧ металлов являются биоцидное действие (способность убивать живые организмы), зарегистрированное в основном в экспериментах на микроорганизмах, и изменение (положительное или отрицательное) функций живых организмов. НЧ металлов могут оказывать как лечебный эффект, так и вызывать появление различных патологий. На сегодняшний день в мировой литературе уже накоплено много информации о том, что НЧ металлов, попадая в организм человека, могут вызвать серьезную патологию в живых организмах – «нанопатологию». Показано, что токсичность наноматериалов зависит не только от физической природы, способа получения, размера, структуры НЧ металлов, но и от биологической модели, на которой проводятся испытания.

Таким образом, актуальной задачей фармакологии при создании новых или улучшении имеющихся лекарственных средств с помощью нанотехнологий является оценка биологической безопасности (потенциального риска) нанопрепаратов для организма человека.

Нечай И.В., Нечай Ю.В.

ФИТОЭСТРОГЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ГИНЕКОЛОГИИ СЕГОДНЯ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – к.м.н., ас. Карнаух Э.В.

Издавна народные целители, гомеопаты, врачи традиционной медицины и косметологи уделяли особое внимание в решении проблем женского здоровья растениям, содержащим фитоэстрогены – структурно-функциональные аналоги женских половых гормонов. Еще в 1876г. Лидия Пинкхэм создала и впервые запатентовала растительный многокомпонентный «женский тоник». Выделяют три основных класса фитоэстрогенов: в бобовых (соя, фасоль), красном клевере, солодке, чечевице, в винограде и красном вине, хмеле, цимицифуге, витексе, диоскорея присутствуют изофлавоны (генистеин, дайдзеин, глабридин, биоканин А, формонетин, ресвератрол, пикногенол); в семенах льна, зерновых (рожь, рис), орехах, фруктах (цитрусовые, яблоки, вишня), овощах (шпинат, морковь, брокколи, чеснок, петрушка) содержатся лигнаны (энтролактон, энтродиол); в красном клевере и люцерне – куместаны (куместрол). Коррекция гинекологических проблем (альгодисменореи, аменореи, предменструального и климактерического синдромов) реализуется через систему гипоталамус-гипофиз-яичники. Сейчас в Украине, Европе и США наиболее популярны аллопатические (Климадинон, Циклодинон), гомеопатические (Климактоплан, Мастодинон, Климаксан, Ременс) фитоэстрогенные препараты и парафармацевтические биологически активные добавки к пище (Ци-Клим, Артемида, Эстровэл, Фемикапс, Эстро-Пауза, MenoFix, PerFem Forte, VAG Forte, С-Х NSP, Eight NSP). Нормализуя эстрогеновый баланс, эти препараты оказывают антиоксидантное, гипотензивное, гиполипидемическое, седативное, противовоспалительное, ангио- и остеопротекторное, антимутагенное, спазмолитическое и общеукрепляющее действие. Курсовое применение фитоэстрогенов продлевает женскую молодость, повышает качества жизни современной женщины.

Олефир А.С.

ПРОСТАТОПРОТЕКЦИЯ ПРИ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
фармакологии и медицинской рецептуры**

Научный руководитель – к.м.н., ас. Карнаух Э.В.

Неуклонный рост уроандрологической патологии воспалительно-гиперпластического характера приводит к ухудшению мужского здоровья и снижению качества жизни всё большего числа молодых мужчин и является не только актуальной медицинской, но и острой социальной проблемой. Достижения фармакологов, фармацевтов и клиницистов в изучении этиопатогенеза простатопатий увенчались созданием высокоэффективных простатопротекторов. Основу схем коррекции составляют: ингибиторы тестостерон-5 α -редуктазы (Финастерид, Дурастерид, Пермиксон), α_1 -адреноблокаторы (Празозин, Индорамин, Альфузозин, Теразозин, Тамсулозин), препараты с андрогенной и антиандрогенной активностью (Гозерелин, Бусерелин, Гестонорон, Ципротерон, Мегестрол, Флутамид), растительного (Простамол, Простатофит, Тыквеол, Уропрост, Простаплант, Простамед) и животного происхождения (Простатилен, Простакор, Раверон, Сампрост, Витапрост), гомеопатические (Гентос, Адамекс, Сабаль-гомаккорда, Андровит и др.) и парафармацевтические БАДы (Простата Плюс, Со Пальметто, Простата Рекс, Ланапрост, Фитопростат). Эти препараты воздействуют комплексно, оказывая капилляропротекторный, противовоспалительный, антиоксидантный, антипролиферативный, антиишемический, антимикробный, антиканцерогенный эффекты, уменьшают размеры простаты и нормализуют мочеиспускание, восстанавливают стромально-сосудистую микроциркуляцию, что восстанавливает/сохраняет функции «второго сердца» мужчины. При этом здоровый образ жизни и устранение провоцирующих факторов (гиподинамия, злоупотребление алкоголем, курением и сауной, стрессы, передающиеся половым путем инфекции, гармоничная половая активность) являются залогом мужского здоровья и долголетия.

Позняк А.С., Сергиенко М.Б.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры**

Научный руководитель – д.м.н., проф. Киричек Л.Т.

Инфаркт миокарда (ИМ) – это некроз сердечной мышцы, обусловленный острым нарушением коронарного кровообращения в результате несоответствия между потребностью сердечной мышцы в кислороде и его доставкой к сердцу.

В лечении ИМ выделяются следующие этапы: обезболивание, восстановление коронарного кровотока, гемодинамическая разгрузка миокарда, метаболическая кардиопротекция, ограничение зоны ишемии, лечение осложнений. Обезболивание направлено на предупреждение болевого шока, что реализуется проведением нейрореплетальгезии, атаралгезией и использованием современных анальгетиков или средств для наркоза.

Восстановление коронарного кровотока обеспечивает реканализацию инфаркт-связанной артерии, ограничивает зону ишемии и предупреждает развитие сердечной недостаточности. Осуществляется посредством препаратов тромболитического и антиагрегантного действия. Гемодинамическая разгрузка миокарда улучшает работу

сердца, нормализует внутрисердечную гемодинамику, снижает общий сосудистый тонус и связана с назначением нитратов, ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов.

Метаболическая кардиопротекция направлена на повышение резервов жизнедеятельности миокарда и его мембранных структур. С этой целью широко используются антиоксиданты, макроэрги и анаболические средства. Ограничение размеров ишемии миокарда достигается применением противовоспалительных (стероидных) средств и нормализующих КЩР. Лечение осложнений проводится средствами симптоматического действия.

Покрышко А.О., Гишук Е.Р.
СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ
ИНГИБИТОРОВ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.м.н., доц. МIRONЧЕНКО С.И.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) широко применяются в клинической практике и относятся к числу наиболее эффективных симптоматических и патогенетических лекарственных средств для купирования лихорадки, боли, воспалительных процессов различного происхождения. Проведение терапии НПВС требует от врача не только знаний о механизме действия этих средств, но и о возможных нежелательных явлениях, включая факторы риска и пути их коррекции. Известно, что НПВС имеют кардиопротективное клиническое действие. Но в настоящее время большое внимание привлечено к проблемам кардиобезопасности НПВС, так как несбалансированное ингибирование простагландинов может провоцировать сердечно-сосудистые осложнения (ССО).

Эффективность, и в тоже время токсичность, НПВС определяются подавлением активности циклооксигеназы (ЦОГ) – фермента, регулирующего биотрансформацию арахидоновой кислоты в простагландины (ПГ), простациклин (PGI₂) и тромбоксан (TXA₂). Ингибиторы ЦОГ могут быть как неселективными, ингибирующими обе его изоформы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), так и селективными, избирательно подавляющими ЦОГ-2. По данным литературы, положительные терапевтические эффекты НПВС связаны с их способностью ингибировать ЦОГ-2, в то время

как наиболее часто встречающиеся побочные эффекты с подавлением активности ЦОГ-1. Вместе с тем, ряд клинических испытаний: CLASS (Celecoxib Longterm Arthritis Safety Study) и VIGOR (Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research) – показал, что увеличение степени селективности препарата ассоциируется с возрастанием риска развития ССО. Возможной причиной ССО, связанных с приемом селективных ингибиторов ЦОГ-2, может быть снижение уровня защитного простациклина (за счет ингибирования ЦОГ-2) при сохранении уровня продукции тромбоксана А в отсутствие ингибитора ЦОГ-1. Сохранение баланса между тромбоцитарными тромбоксанами и эндотелиальными простагландинами обеспечивает поддержание системы гемостаза. Прием селективного ингибитора ЦОГ-2 рофекоксиба приводит к нарушению гемостаза и как следствие к значительным изменениям АД, что ассоциировано с увеличением частоты развития нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти, транзиторной ишемической атаки, острого нарушения мозгового кровообращения. Напроксен, как и рофекоксиб, применяется для лечения ревматоидного артрита, но динамика возникновения ССО в 2 раза ниже первого из-за индивидуальных различий препаратов. В частности, благодаря

антиагрегантному действию, напроксен обладает кардиопротективными свойствами. В связи с этим, разница по частоте развития ССО обусловлена не негативным влиянием рофекоксиба, а защитной функцией напроксена. При применении эторикоксиба или диклофенака отмечена лишь тенденция к повышению риска развития ССО. Но по сравнению с напроксеном кардиотоксическое действие эторикоксиба более выражено.

НПВС не являются препаратами, от которых можно легко отказаться, потому что больные с факторами риска развития ССЗ чаще всего имеют несколько заболеваний, при которых требуется постоянный прием обезболивающих и противовоспалительных средств. Поэтому нужно тщательно оценивать соотношение возможной пользы и риска побочных эффектов, учитывать противопоказания и соблюдать особую осторожность при решении вопроса о назначении этих препаратов.

Попович Н.В.

БОТОКС В НЕВРОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – к.м.н., ас. Пионова Е.Н

Однажды названный «самым ядовитым ядом планеты», в недавнем времени нашел применение в медицине. С тех пор интерес к ботулиническому токсину (БТ) не угасал. «Загадочная молекула века» – такой эпитет БТ заслужил от мирового неврологического сообщества в 2000 г. за тысячелетнюю историю с начала борьбы с ним, а в последние годы в связи с эффективным его применением для лечения различных заболеваний.

История применения нейротоксина в качестве первого лекарственного средства, выделяемого бактерией *Clostridium botulinum*, началась в 1960-х гг. Калифорнийский офтальмолог А.В. Scott исследовал влияния малых доз БТ при наличии косоглазия у приматов в эксперименте. Позже доктор А.В. Scott организовал собственную компанию Oculinum, которая в 1978 г. зарегистрировала в FDA одноименный продукт для лечения офтальмологических нарушений дистонического типа. В 1988 г. компания Allergan получила права на дальнейшие исследования этого многообещающего лекарственного препарата, вскоре переименовав его в Botox («Ботокс»). Ботокс нам известен по так называемым «уколам красоты», столь часто сейчас применяемым в косметологии. На самом деле, он используется не только в косметологических целях, а в других клинических областях: неврология, ортопедия, гастроэнтерология, урология, педиатрия и имеет свою по-своему удивительную историю.

В настоящее время известны 8 серологических подтипов БТ: А, В, С1, С2, D, E, F, G. Ботулизм у человека вызывают серотипы А, В, Е, F, G, но самым сильнодействующим является тип А. БТ представляет собой смесь различных белков. Основные составные их части – нейротоксин (биологически активный компонент БТ) и нетоксичные протеины, стабилизирующие молекулу нейротоксина.

Механизм действия всех типов БТ заключается в пресинаптической блокаде акцепторных белков, обеспечивающих транспорт везикул ацетилхолина через кальциевые каналы нервной терминали периферического холинергического синапса с последующим экзоцитозом ацетилхолина в синаптическую щель, тем самым препятствуя выделению медиатора и вызывая химическую денервацию. В результате чего наступает миорелаксация и атрофия поперечно-полосатых мышц, атония гладких мышц и гипогидроз.

При внутримышечной инъекции БТ развиваются 2 эффекта: прямое ингибирование α -мотонейронов на уровне нервно-мышечного синапса и ингибирование γ -мотонейронного холинергического синапса на интрафузальном волокне, что клинически проявляется выраженной миорелаксацией и значительным уменьшением боли в них. При внутрикожной инъекции развивается блокада постганглионарных симпатических нервов с гипогидрозом на 6–8 месяцев. При локальном введении в терапевтических дозах БТ не проникает через гематоэнцефалический барьер и отсутствует системное действие.

Ботокс отлично показал себя в решении проблем неврологии. Некоторые из них: применение при детском церебральном параличе; блефароспазме; при лечении дистонии стопы; при заболеваниях головного мозга, таких как: инсульт, черепно-мозговая травма, рассеянный склероз и т.д. Ботокс часто используется при различного генеза тиках головы, треморах рук и головы. Отлично зарекомендовал себя при снятии различного рода спазмов, таких как: посттравматические и «спортивные», например, «теннисный локоть».

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что локальное применение ботокса является методом лечения с высоким терапевтическим потенциалом и благоприятным профилем безопасности, улучшая качество жизни пациентов и их функциональные возможности.

Ростовцева М.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНИНА В ДЕРМАТОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – к.м.н., доц. Ананько С.Я.

Танины (галлодубильные кислоты, дубильные кислоты) – фенольные соединения, характеризуются дубящими свойствами и вяжущим вкусом. Он производится в форме крема и порошка. Кремы на основе синтетического танина предназначены для снятия отечности, раздражения и зуда, способствуют снижению болевого синдрома и локальных воспалений. На здоровой коже действует как антиперспирант, снижая выделение пота и кожного жира. Танин не способен проникать в глубокие слои кожи. Поэтому он обладает хорошей переносимостью и незначительными побочными эффектами. Использование танина более предпочтительно, чем применение топических глюкокортикоидов, поскольку у последних имеется целый ряд противопоказаний и побочных эффектов при продолжительном употреблении. Особенно это важно в педиатрической практике. В отличие от гормональных препаратов, танин можно применять в терапии воспалительных заболеваний кожи у детей (в том числе у новорождённых), а также в период беременности и грудного вскармливания. Клинические испытания, проведённые в стационарах по всему миру, доказали, что танин обладает также противовоспалительным эффектом, что крайне существенно при лечении таких болезней, как псориаз, которым болеет до 2% людей. В ходе эксперимента было искусственно вызвано раздражение путём контакта кожи с лаурилсульфатом натрия, которые провоцирует аллергическую реакцию, и обладает токсическими свойствами. После нанесения танина на тот же участок кожи, наблюдалось стремительное уменьшение покраснения, что продемонстрировало его противовоспалительные свойства.

Антибактериальный эффект. Множество патологий осложняются в результате патологического влияния тех или иных микроорганизмов. Например, клиническая практика указывает на то, что диффузный нейродермит (хроническая аллергическая

болезнь) часто сопровождается стафилококковой инфекцией, которая активно размножается на поверхности кожи. Танин, в свою очередь, снижает выделение экссудата, тем самым препятствуя размножению бактерий, которым для жизнедеятельности необходима особая среда. Ещё одно патологическое проявление дерматитов – транsepидермальная потеря воды. Со временем данный симптом приводит к иссушению и разрыхлению слоёв кожи, которая становится уязвимой перед бактериями и токсичными веществами. Клинические исследования продемонстрировали, что при регулярной обработке кожи лекарственными средствами с искусственным танином, темпы потери жидкости существенно снижаются.

Санина И.И., Равшанов Т.Б.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЛЮКОКОРТИКОИД-ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТЕОПОРОЗА (ГИО)

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – д.м.н., проф. Т.В. Звягинцева

Синтетические производные природных глюкокортикостероидов (ГКС) в настоящее время включены в перечень основных средств современной терапии различных заболеваний. Глюкокортикоидные гормоны используются для лечения воспалительных и аутоиммунных заболеваний, неоплазий, назначаются после трансплантаций органов. Остеопороз вследствие длительного приема ГКС — наиболее типичная и частая форма лекарственного остеопороза.

Основные эффекты ГКС на костеобразование заключаются в снижении репликации клеток остеобластического ряда, уменьшении образования новых остеобластов, а также в усилении процессов апоптоза и некроза. В результате истощается клеточная популяция, способная к образованию кости. В то же время, ГКС оказывают не прямые эффекты: снижают синтез коллагена I типа и усиливают экспрессию коллагеназы III типа, что приводит к уменьшению костного матрикса. ГКС подавляют образование остеопротегерина (ингибитор костной резорбции) и конкурентно стимулируют экспрессию RANKL (стимулятор костной резорбции) на остеокластах и стромальных костномозговых клетках. Немаловажным является и тот факт, что ГКС способствуют снижению тубулярной реабсорбции кальция и усиленному выделению его с мочой. Понижение уровня кальция в организме приводит к гиперсекреции паратиреоидного гормона, что в свою очередь усиливает процессы резорбции костной ткани (Золотухин С.Е., Аусси Г.С., Шпаченко Н.Н., 2009 г). Одним из значимых факторов в развитии снижения плотности кости при ГК-терапии является снижение уровня половых стероидов и подавление секреции соматотропного гормона ГКС.

Предупредить развитие глюкокортикоид-индуцированного остеопороза у больных, длительно принимающих большие дозы стероидов, можно назначая препараты, которые корректируют метаболизм костной ткани, стимулируют остеогенез, восстанавливают положительный баланс между резорбцией и образованием кости, увеличивают минеральную плотность костей и способствуют формированию костной ткани с гистологической структурой, соответствующей норме (В.М. Коваленко, Н.М. Шуба, О.П. Борткевич, 2009).

Бисфосфонаты считаются наиболее перспективными препаратами для профилактики и лечения остеопороза. К производным этой группы относят этидoronат (ксифидон), клодронат (бонефос), памидронад (аредиа), алендронад

(фосамакс), ибадронад (бонвива), золедроновая кислота (акласта), ризедронад (актонель). Наиболее часто для лечения ГИО в настоящее время в мировой практике рекомендовано применение алендроната, ибадроната, золедроновой кислоты и ризендроната (Bultink IE, Baden M, Lems WF, 2013 г). Паратиреоидный гормон требует отдельного внимания среди средств для лечения тяжелого остеопороза, когда необходимо быстрое восстановление костной ткани. Препараты, применяемые для лечения ГИО, оказывают преимущественное воздействие на процессы резорбции. Однако при ГИО основным звеном патогенеза является нарушение костного формирования. Паратиреоидный гормон способен индуцировать ИФР-I, ингибировать апоптоз остеобластов и повышать функцию и число этих клеток. В результате увеличивается масса трабекулярной ткани, улучшается костная микроструктура (Gherardo Mazziotti, 2011 г).

Заместительная гормональная терапия может быть рекомендована мужчинам при гипогонадизме и женщинам в постменопаузе или с аменореей в период пременопаузы. Однако ЗГТ имеет серьезные побочные эффекты. Основной проблемой является увеличение риска злокачественных новообразований эндометрия и молочной железы, тромбоэмболических осложнений, сердечно-сосудистых заболеваний.

Сапай А.В., Тырса Н.С.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОАКСИЛА В НЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – асс. Александрова А.В

Долгое время коаксил был известен как один из наиболее безопасных антидепрессантов и имел широкое применение в лечении реактивных депрессий. По характеру действия коаксил занимает промежуточное положение между седативными и стимулирующими антидепрессантами, он воздействует на нарушения настроения. Известно, что в неконтролируемых дозах, этот препарат действует как героин. Коаксил врачами-наркологами предлагался в качестве лечения героиновой зависимости и включался в схему лечения абстинентных проявлений после употребления других наркотиков, однако в более низких дозировках. До сих пор не опубликованы серьёзные научные исследования, объясняющие почему коаксил, отличаясь по химическому строению и механизму действия от опиатов, вызывает схожую клиническую картину зависимости, как по физическим, так и по психическим проявлениям.

Среди «тяжелых зависимостей» коаксил уступил лишь героину. Известно, что коаксил используется наркоманами как заменитель опиумных наркотиков. Наиболее проблематичным является то, что помимо физической зависимости коаксил вызывает сильнейшую психологическую зависимость, а также действует разрушающе на весь организм в целом, при этом намного сильнее, чем тот же героин или опиум. Составляющие коаксила - кремния диоксид и титана диоксид растворяются и проходят через любые фильтры, а потом просто «рвут» микрососуды и капилляры. Как следствие, воспаление и сепсис. Развивается стремительный пришеечный кариес, последствием которого является потеря зубов, а также приводит к необратимой потере зрения из-за прогрессирующего тромбоза сосудов глазного дна. Ярко выражена анорексия. При внутривенном введении коаксила кровь сворачивается и образуется тромб, закупориваются кровеносные сосуды, вследствие чего развивается гангрена, заканчивающаяся ампутацией конечности. Ни один человек не может отказаться от коаксила, если принимал его хотя бы несколько раз в качестве

наркотика или несколько месяцев в качестве лекарства. Эффект коаксила слишком силен. Ни один наркоман, даже поборов физическую зависимость, уже никогда не сможет стать здоровым человеком – психологическая зависимость никогда не оставит его. Срыв или два убьют его с очень высокой вероятностью. Поэтому у любого человека употребляющего коаксил в качестве наркотика есть всего три варианта – смерть от ломки, смерть от последствий употребления и, наконец, удел очень немногих «счастливиц» что-то отдаленно напоминающее жизнь.

Сарайкина О.С.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНИМАНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ

**Национальный исследовательский университет «Белгородский
государственный университет», г. Белгород, Россия**

Научный руководитель доцент Копытов А.А.

Актуальность. На современном этапе развития общества, в результате научно-технической революции, усилилось воздействие химических соединений на население России и всего мира. Фармакологические средства — могучее оружие, направленное на борьбу во имя спасения жизни и здоровья человека, но в то же время способное оказать негативное воздействие. Многие фармакологические препараты, используемые людьми в лечебных целях, могут аккумулироваться в организме и неизбежно попадать во внешнюю среду, загрязняя ее. Экологическое знание должно определять базовые мероприятия по сохранению благоприятного для обитания человека состояния информационно-коммуникативной среды, доводить до населения сведения о влиянии повреждающих факторов, в первую очередь неконтролируемого употребления фармакологических и химических средств, на физическое и психическое здоровье человека.

Проблемы экологии признаются актуальными всеми эшелонами бюрократического аппарата, в том числе и на государственном уровне. Несмотря на усилия проводимые государством, региональной властью, проблема, связанная с медицинской экологией недостаточно репрезентируется социуму.

Цель исследования – выявить уровень осознания населением последствий от неконтролируемого приема фармакологических средств, определить количество лиц, употребляющих фармакологические средства без назначения врача.

Материалы и методы. Нами проведено исследование, путём интервью в социальных группах медицинских работников (АУПа, врачей, среднего медицинского персонала) и лиц, обратившихся за получением медицинской помощи. Исследование было проведено на базе стоматологических поликлиник г. Белгорода. В анкетировании приняли участие 263 человека, из которых 38 являются представителями АУПа, 89 – врачи, 84 - средний медицинский персонал, 52-пациенты стоматологических поликлиник.

Анкетиремым задавались вопросы: Принимаете ли Вы без назначения врача: - антибиотики; - витамины; - диуретики; -анальгетики.

На первый вопрос анкеты: Принимаете ли Вы антибиотики без назначения врача? Положительный ответ дали 45% (17 чел) представителей АУПа, 90% (80 чел) врачей, 70% (59 чел) представителей среднего медицинского персонала и 32% (17 чел) пациентов. На второй вопрос: Принимаете ли Вы витамины без назначения врача? Утвердительно ответили 88% (33 чел) представителей АУПа, 93% (83 чел) врачей, 89% (75 чел) представителей среднего медицинского персонала, 90% (47 чел) пациентов. На третий вопрос анкеты: Принимаете ли Вы диуретики без назначения

врача? 2% (1 чел) представителей АУПа, 3,35% (3 чел) врачей, 1,25% (1 чел) представителей среднего медицинского образования и 1,75% (1 чел) пациентов ответили «Да». На четвертый вопрос: Принимаете ли Вы анальгетики без назначения врача? Ответили положительно 78% (30 чел) представителей АУПа, 86% (77 чел) врачей, 91% (76 чел) представителей среднего медицинского персонала и 94% (49 чел) пациентов.

Проведенное исследование показало то, что неконтролируемый прием фармакологических средств есть социальная норма.

Сень В.О., Равшанов Т.Б.

ДИХЛОРАЦЕТАТ НАТРИЯ – ПАНАЦЕЯ ПРОТИВ РАКА?

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фармакологии и медицинской рецептуры

Научный руководитель – д.м.н., проф. Т.В. Звягинцева

Рак — это болезнь эффективно излечимая, но преимущественно на ранних стадиях. Но чтобы обнаружить ее в зародыше — необходимо пройти обследование, которым большинство граждан пренебрегают. За последние 100 лет, онкопатология в списке причин смертности переместилась с десятого на второе место, уступая лишь заболеваниям сердечно сосудистой системы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), первичная заболеваемость на данный момент составляет 10 млн. человек, а к 2030 году она повысится на 30%, по сравнению с уровнем 2010 года. Украина же находится на втором месте в Европе по темпам распространения рака. И большинство из нас, действительно не осознает реальной ситуации состояния здоровья людей в нашей стране.

До сих пор человечество не нашло действенного способа излечения от этого недуга, не смотря на огромные капиталовложения в исследования и разработки. В 2006 году, канадские ученые во главе с профессором Еангелосом Мичелакисом из университета Альберта заявили о том, что организм человека может победить рак. Данные исследований были опубликованы в американском журнале "Раковая клетка" (Bonnet, S. et al., Cancer Cell №11'2007, стр. 37-51). В статье рассматривается митохондриальная теория образования рака. Согласно ей, рак поражает здоровые клетки организма, а именно митохондрии, регулирующие процессы апоптоза, поддерживающие баланс между ростом клеток и их естественной гибелью. Опухолевые клетки активно подавляют свои митохондрии, тем самым угнетая процесс «запрограммированной клеточной смерти» и размножаясь бесконтрольно. В ходе лабораторных испытаний и тестов на животных выяснилось, что дихлорацетат натрия (DCA), активизирует фермент митохондрий, подавляемый болезнью, во всех видах раковых заболеваний. Более того, нормализация функций органелл приводит к уменьшению роста раковых клеток. DCA, в отличие от других препаратов, имеет небольшие побочные эффекты, не токсичен и не оказывает угнетающего воздействия на здоровые клетки тканей.

Так же, сочетание кофеинизированных сортов чая плюс включение высоких доз витамина В1 способствует значительно большей эффективности дихлорацетата. Дополнительная эффективность данного вещества достигается в сочетании с лимонной кислотой, альфа-липоедной кислотой.

Естественно, дихлорацетат натрия не является панацеей от рака, но нельзя исключить наличия логики в проведенных исследованиях и целесообразности их продолжения.

Сухомлин Н.П.
АНТИБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА
ШТАММОВ MSSA, MRSA, VRSA

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель: к.фарм.н. Березняков А.В.

Одной из актуальных проблем, на сегодняшний день, является правильный подбор антибиотиков при лечении инфекций, вызванных золотистым стафилококком, так как этот микроорганизм благодаря своим физиологическим и биохимическим свойствам стал устойчив ко многим антибиотикам. В зависимости от резистентности к антибактериальным препаратам штаммы золотистого стафилококка стали подразделять на метициллин – чувствительные, метициллин устойчивые и ванкомицин – чувствительные.

1) Метициллин – чувствительный штамм «MSSA», проявляет чувствительность к антибиотикам ряда бета-лактамов: оксациллину, метициллину, пенициллину, цефокситину, диклоксациллину. 2) Метициллин – резистентный штамм «MRSA», абсолютно устойчив к бета-лактамам антибиотикам и проявляет высокую чувствительность к гликопептидным антибиотикам – ванкомицину, тейкопланину, производным оксазолидинона – линезолиду, антибиотикам ряда глицеколинов – тигециклину. 3) Ванкомицин – резистентный штамм стафилококка «VRSA» чувствителен к тигециклину, даптомицину, линезолиду.

Бактериальные инфекции, вызванные золотистым стафилококком, требуют лечения препаратами узкого и широкого спектра действия с применением моно- и полиантибиотикотерапии. Это чаще всего гарантирует благоприятный исход заболевания. Применение антибиотиков должно проводиться под тщательным наблюдением, чтобы не возникла резистентность бактерий к лекарствам и не нарушился процесс реконвалесценции.

Тимковский О.А.
АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ – СПОРТ, ЗДОРОВЬЕ, ЖИЗНЬ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.мед.н. Карнаух Э.В.

С 1935 г. для накопления мышечной массы и повышения рельефности мышц стали применяться синтезированные на базе мужского полового гормона тестостерона анаболические стероиды (анаболики). Современная их история начинается с 1956 г., когда в распоряжении олимпийских тяжелоатлетов США впервые появился Дианабол (Метандростенолон). Сейчас только две олимпийские дисциплины считаются "чистыми" от стероидного допинга – женский хоккей на траве и фигурное катание. В ноябре 1990 американским законодательством все анаболические стероиды были отнесены к классу контролируемых опасных препаратов (CDS). Традиционно атлеты для достижения быстрого эффекта используют анаболические стероиды в больших дозах (от 20 до 2000 мг в эквиваленте тестостерона в день, что в 8-10 раз больше рекомендованных для медицинских целей), без строжайшего врачебного контроля часто комбинируют несколько разных анаболиков одновременно и скептически относятся к научно обоснованному мнению относительно грамотного использования и побочного действия стероидов. Сейчас наиболее популярными являются Анадрол, суспензия тестостерона, Дианабол, тестостерона ципионат, Сустанон-250, Дека, ВинстролV, Эквипоиз, Андроксон, а для

повышения мышечной рельефности применяют Примоболан ацетат, Параболан, Анавар, Примоболан Депо, Примоболан, Финаджект, Дека, ВинстролV, Эквипоиз, Винстрол. Очевидно, что атлеты считают наиболее эффективными именно те стероиды, которые проявляют наибольшее число побочных эффектов ("стероидная ярость", гиперхолестеринемия, гипертензия, отеки, угревая сыпь, гепатотоксичность, ишемия и гипертрофия миокарда, импотенция, депрессия, мужское бесплодие, раковое перерождение клеток печени, что несомненно опасно для здоровья и жизни спортсменов-‘химиков’.

Тихонова О. О.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель: доц. Ананько С.Я.

Немецкий психиатр Алоис Альцгеймер в 1906 году описал дегенеративное заболевание, впоследствии названное его именем. В 2000 году в мире было зарегистрировано 12 миллионов больных, в настоящее время регистрируется рост этого заболевания. Объяснение возможных причин заболевания предложено в трёх основных конкурирующих гипотезах: холинергической, амилоидной и тау-гипотезе.

В настоящий момент предпринимаются попытки разработать лекарственные средства, блокирующие секретазы – ферменты, участвующие в амилоидогенезе. Учитывая возможное формирование патологического иммунного ответа при БА, применяются препараты, обладающие иммуномодуляторным эффектом. Для терапии БА используются нейропротекторы (витамин Е, селегилин и препараты гинкго билоба. Имеются данные о применении церебролизина в высоких дозах (20-30 мл внутривенно капельно 20-40 введений).

Также используются антагонисты NMDA-рецепторов. Представителем этой фармакотерапевтической группы является мемантин. Терапевтический эффект мемантина связан не только с его действием на NMDA-рецепторы, но также и влиянием на высвобождение дофамина в префронтальных отделах коры. Предполагается также и опосредованное действие данного лекарственного препарата в результате взаимодействия глутаматергической медиаторной системы и других медиаторных систем головного мозга. Второй аспект терапевтической активности мемантина – нейропротекторное действие.

В лечении БА используются ингибиторы холинэстеразы. Один из современных холинергических препаратов для лечения БА – ривастигмин. Действие препарата осуществляется через блокаду ацетилхолинэстеразы и бутирилхолинэстеразы – ферментов, разрушающих ацетилхолин в синаптическом пространстве.

Таким образом, наиболее правильной является комплексная терапия БА. Сочетанное применение средств, обладающих нейропротекторным и холинергическим действием, позволит одновременно проводить коррекцию когнитивных нарушений и оказывать влияние на прогрессирование заболевания.

Ткачева А.И.

АКТИВИРОВАННЫЕ УГЛИ – СТРАТЕГИЯ ВЫБОРА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – к.мед.н. Карнаух Э.В.

Выбор активированных углей для детоксикации и при метеоризме определяется их сорбционной способностью, отсутствием резорбции из желудочно-кишечного

тракта, органолептическими свойствами, формой выпуска, атравматичностью для слизистых, экономической доступностью.

Площадь активной поверхности у Угля активированного (таблетки 0,25 №10 – 1,38 грн.) составляет 1,5-2 м²/1 г; у Смекты (алюминиево-магнийсый силикат, порошок, пакет 3 г №10 – 34,80 грн.; №30 – 8,10грн.) - 100 м²/1 г; у Сорбекса (биологически активная добавка к пище угля активированного, капсулы 0,33 №20, Экосорб - 31,81грн.) - 2-4 м²/1 г; у Белого угля (биологически активная добавка к пище сверхвысокодисперсного диоксида кремния, таблетки 0,5 №10 – 7,90 грн., порошки № 400 по 12 г для приготовления суспензии – 18,35 грн.) - 400 м²/1 г. Атравматичность для слизистых характерна только для Смекты и Белого угля. Рекомендуемые дозировки: 20-30 г активированного угля на прием в виде взвеси в воде 3-4 раза в день; 9-12 г Смекты в сутки в 3-4 приема; 2-4 капсулы Сорбекса (1,5-3 г) 3 раза в сутки; суспензия Белого угля из расчета 100 мг/кг в сутки или 3-4 таблетки 3-4 раза в день. Возможны побочные эффекты в виде нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника (запор, диарея), нарушение всасывания питательных веществ, витаминов, гормонов, минералов. Если рассчитывать на взаимодействие сорбируемого вещества и сорбента уже в желудке, лучшая кинетика характерна для порошкообразных материалов, а гранулированные позволяют пролонгировать сорбцию в дистальных отделах желудочно-кишечного тракта. Сам активированный уголь имеет недостаточную сорбционную ёмкость, поэтому сейчас актуальнее сорбенты нового поколения - Сорбекс, Смекта, Белый уголь.

Трикоз В.А., Фадеев П.В., Равшанов Т.Б.
НОВОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ КЕТАМИНА.
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры
Научный руководитель – д.м.н., проф. Звягинцева Т.В.

Согласно международной статистике число оперативных вмешательств ежегодно возрастает. Данный прогресс неизбежно влечет за собой повышение количества осложнений при использовании общей анестезии. В связи с этим существует необходимость искать способы повышения безопасности проведения этих процедур.

Было установлено, что угнетение дыхания — один из главных факторов риска для пациентов в состоянии седации. Помимо респираторных влияний гиповентиляции, гиперкапния может также привести к гипертонии, тахикардии, сердечной аритмии и судорогам. Учитывая вышесказанное, необходимо подбирать для применения более безопасные общие анестетики. Примером такого препарата может быть кетамин.

Кетамин имеет выраженное влияние на ноцицептивную систему, но последствия его влияния на центр дыхания до сих пор четко не исследованы. Отсутствие проверенных и чувствительных приборов для оценки действия кетамина на легочную вентиляцию является поводом для противоречивых результатов. На основании многих исследований и экспериментов установлено, что кетамин, как дополнение к пропофолу при глубокой седации, уменьшает гиповентиляцию. Он оказывает прямое влияние на дыхательную систему, независимо от применения пропофола. Поэтому на основании экспериментов исследователи пришли к выводу, что следует рассматривать кетамин, как препарат для предупреждения нежелательных последствий со стороны дыхательной системы во время глубокой седации. [Matthias Eikermann, MD, PhD, Martina Grosse-Sundrup, MD, et. al., 2012]

Эксперимент заключался во введении низких доз кетамина крысам, что привело к стимуляции дыхания: увеличению частоты и скорости воздушного потока в верхних дыхательных путях. Это подтолкнуло ученых к новому вопросу - возможно ли с помощью кетамина предотвратить осложнения, в частности гиповентиляцию при глубокой седации у больных.

Наши и зарубежные коллеги начали изучать действие кетамина при комбинировании с пропофолом на продолжительность и тяжесть гиповентиляции. [Norton JR, Ward DS, Karan S, Voter WA, Palmer L, Varlese A, Rackovsky O, Bailey P., 2012] В ходе эксперимента были выбраны 50 женщин, подвергшихся операции на молочной железе под местной анестезией с применением кетамина. Во время операции ученые следовали стандартному протоколу седации и предварительно вели мониторинг по уровню углекислоты. Это является уникальной и очень важной особенностью использования достаточно нового и точного метода — чрескожного мониторинга CO₂, который позволяет непрерывно наблюдать гиповентиляцию. Электронные данные, которые собирались каждые 15 секунд, показали четкую корреляцию между этими данными и измерениями газов крови.

Благодаря проведенным исследованиям, была экспериментально доказана способность кетамина предупреждать угнетение дыхания. Очень важной особенностью является то, что используемая доза кетамина не вызывает психомиметических побочных эффектов у пациентов. Это также является клинически значимым для таких областей медицины, как интенсивная терапия, анестезиология, гастроэнтерология, кардиология и другие.

Чебанов В.А., Миронченко С.И.

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ МЕТОДОВ СТАНДАРТИЗАЦИИ НАНОЧАСТИЦ В ФАРМПРЕПАРАТАХ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фармакологии и медицинской рецептуры**

Научный руководитель – д. мед. н., профессор, Звягинцева Т.В.

Большой интерес к наночастицам (НЧ) металлов вызван необычными физико-химическими, оптическими и другими свойствами наноматериалов, открывающими хорошие перспективы их применения в фармакологии. В составе создаваемых лекарственных средств (ЛС) НЧ могут выполнять функции активных фармакологических ингредиентов, вспомогательных веществ и материалов для упаковки. При этом основными проблемами, с которыми приходится сталкиваться исследователям, являются определение концентрации НЧ, размера, структуры и равномерное их распределение по всему объему матрицы. Сегодня не существует единственного метода, способного решить все структурные проблемы, существующие в этой области. Как правило, используют комплекс методов, позволяющих оценить физические свойства и химический состав НЧ, в том числе и в нанопрепаратах. Чаще всего с этой целью используются атомно-силовая, сканирующая электронная и туннельная микроскопия, динамическое светорассеяние, спектрометрия, хроматографические методы (адсорбционная, гидродинамическая, газовая хроматография), рентгеновская дифракция и ряд других. Каждый из перечисленных методов имеет как определенные преимущества перед другими, так и ограничения. Таким образом, использование широкого спектра методов определения и оценки НЧ может дать количественную информацию о НЧ, их фракционном составе, требующуюся на всех стадиях создания и исследования нанопрепаратов. Разработка методов

стандартизации НЧ и контроля качества субстанций для фармпрепаратов в свою очередь даст возможность активизировать исследования по созданию ЛС.

Шпортко О.В.

**ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
фармакологии и медицинской рецептуры**

Научный руководитель - к. мед н. Ананько С.Я.

Известно, что магний играет существенную роль во многих физиологических и биохимических процессах организма, таких как окислительное фосфорилирование, изменение проницаемости цитоплазматических мембран благодаря регуляции работы калиевых и кальциевых каналов, поддержание устойчивости митохондрий, сосудистого тонуса и т.д. Этим объясняется его лечебное действие при различных заболеваниях. Магний называют «естественным физиологическим блокатором кальция». Способность препаратов магния действовать в 2-5 раз слабее антагонистов кальция, оказывать универсальное воздействие на различные виды кальциевых каналов, позволяет использовать их в качестве неспецифических блокаторов.

Целью работы является изучение влияния МАГНЕ-В6 – магнийсодержащего препарата на клинические проявления, уровень магния и некоторые показатели кальциевого обмена (внутриэритроцитарного и ионизированного кальция плазмы) у больных локализованной склеродермией.

Данные получены от наблюдения за 28 больными в возрасте 19-45 лет с разными формами локализованной склеродермии. Количество магния в плазме определяли комплексонометрическим методом, кальция в эритроцитах – методом пламенной фотометрии. Полученные результаты показали, что у больных до лечения достоверно увеличился уровень кальция в эритроцитах. Количество магния в плазме при этом имело тенденцию к понижению. Включение МАГНЕ-В6 в комплексную терапию способствовало улучшению клинического течения заболевания по сравнению с результатами лечения больных традиционными средствами.

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ

Afolabi Kayode Richard
RISK OF DENGUE IN NIGERIA

Kharkiv National Medical University, Epidemiology Department
Scientific Director: prof. Chumachenko T.A.

Background: Dengue is a mosquito-borne viral infection found in tropical and sub-tropical regions around the world. More than one-third of the world's population live in areas at risk for transmission, and this includes Nigeria.

Aim: To investigate the risk of dengue in the Nigerian population.

Material and methods: Data from WHO and scientific literature were used.

Result: Surveillance data of dengue in African region are poor. Dengue outbreak reports exist, although they are not complete, and there is evidence that dengue outbreaks are increasing in size and frequency. Dengue has mostly been documented in Africa from published reports of serosurveys or from diagnosis in travellers returning from Africa, and dengue cases from countries in Sub-Saharan Africa. Dengue virus (DENV) was first isolated in Nigeria in the 1960s. A study in Nigeria determined the prevalence of flavivirus infections among 1,816 children and adults from urban and rural areas in samples obtained mainly during the early 1970s. The prevalence of immunity was 38% for DENV-1 infection, 45% for DENV-2 infection. It was detected high antibody to DENV-2 but there was no cross-reactive antibody to other flaviviruses. In addition, this study showed an increase in prevalence of antibodies against DENV with age, which suggests endemic infection.

Conclusion: Despite poor surveillance for dengue in Africa, it is clear that epidemic dengue fever is caused by all four dengue serotypes. The increasing frequency and severity of dengue epidemics worldwide calls for a better understanding of the epidemiology of dengue infections with regard to the susceptibility of Nigerian populations to dengue. For decreasing risk of dengue in Nigeria it is necessary to improve surveillance, to use a complex of preventive measures and early diagnostic of diseases.

Choporova A.I.

CONNECTION BETWEEN DESORDERS OF INTRAHEPATIC HEMODYNAMICS WITH SEVERITY AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Kharkov national medical university, phthisiology and pulmonology department
Scientific supervisor – Shevchenko O.S.

The goal of our study was to evaluate combined usage of the amino acid-comprising hepatoprotector L-arginin L-glutamat (G) with magnetic infrared laser therapy (MLT) efficacy under pulmonary TB chemotherapy (CHT).

There were 53 patients suffering with newly detected destructive pulmonary TB (NDDPTB). All patients were separated in 4 groups as follows: I group (15 patients) – [CHT +G], II group (13 patients) – [CHT+MLT], III group (16 patients) – [CHT+G +MLT], CHT – control group (IV). There were analyzed intoxication syndrome (IS) dynamics, times of bacterial excretions termination and cavitary closures, hepatotoxic side reaction (HSR) frequency, liver bloodstream condition while CHT.

Results. Before treatment one could observe pulse blood filling decrease (9%), intraliver bloodstream change (40%), venous outflow (70%). As a results in III group one could see

essential improvement of liver bloodstream 1.45 to compare with that of IV group 0.8, as well as venous outflow of 4 to compare with 1.2, respectively. In III group HSR frequency with CHT was 2.4 times more rarely than that of IV group, 3.5 times – toxic-allergic reaction, respectively. It has been noted that in III group IS vanished 1.5 week earlier than those of a control group, increased the rate of the bacterial excretion termination by 13.4% and cavitory closures by 1.2 times, decreased their term on (15.5 ± 3.2) days on average and by 1.4 months, accordingly.

It has been shown that combined therapy NDDPTB [L-arginine L-glutamate + MLT + CHT] - 1) improves liver bloodstream, 2) reduces side effects frequency 3) results in acceleration of intoxication syndrome decrease, bacterial excretion termination and cavitory closures.

GavrylovAV, BondarenkoAV, YurkoEV, SolomennikAO, ZotsY.
PATHOMORPHOLOGY OF CNS TUBERCULAR LESIONS IN HIV/AIDS
Kharkiv National Medical University

Involvement of the central nervous system that occurs on a background of HIV infection expressed by the meningoencephalitis is one of the leading death causes in patients with severe immunosuppression.

The purpose of the study. Reveal the characteristic of the morphological changes in the central nervous system of HIV-infected patients with tubercular meningoencephalitis.

Materials and Methods. Brain tissue and meninges of dead HIV-infected patients with CNS TB. Histological sections were prepared and stained with hematoxylin and eosin staining, Nissl.

Results and discussion. Histological examination of the brain of all deaths HIV-infected patients with tuberculosis revealed the pathological changes characterized by a predominance of infiltrative-necrotic lesions with the presence of the acid-resistant bacteria in foci of necrosis, exudation, alteration. Specific cellular reactions are the formation of granulomas, epithelioid and giant cells of Pirogov-Langhans may be absent or have unexpressed character. While comparing the morphological changes and duration of immunodeficiency existence the pattern is detected, which consist of the inhibition of granuloma formation depending on the duration of immunodeficiency. Among histological signs of tubercular process there is a predominance of the alterative reactions with the presence of vast fields of caseous necrosis, necrotic lesions, areas of tissue infiltration of polymorphonuclear cell elements.

Conclusions. In HIV-infected patients with tubercular meningoencephalitis morphological features characterized by localization of the most expressed changes in the basilar departments, the presence of edema, gliosis, thrombovasculitis, small focal hemorrhages, formation of tubercular granulomas with a low number of Pirogov-Langhans cells or their absence, the predominance of alterative - exudative reactions.

Iurko K.V., Bondarenko A.V., Anis Akhtar, SolomennykA.O., MohylenetsO.I.,
Sokhan A.V., Hvozdetska M.G., Gavrylov A.V.
MACROELEMENT CONTENT IN THE BLOOD SERUM HIV- INFECTED PATIENTS
Kharkiv National Medical University, Department of Infectious Diseases
Scientific director- Kozko V.M.

Macroelements study in serum of patients with HIV, chronic hepatitis C (CHC) and HIV/CHC co-infection performed by atomic absorption spectrophotometry. Generally 100 patients were examined: CHC – 35 (35,0%) patients, HIV – 34 (34,0%) and HIV/CHC co-infection – 31 (31,0%) patients. The age of patients ranged from 17 to 69 years. Comparison group consisted of 35 healthy individuals who were comparable in age and sex of the

patients studied groups. There were 31 (47,7 %) women and 34 (52,3%)men among HIV-infected patients (HIV and HIV/CHC co-infection).

According to the clinical stage of the disease HIV- infected patients were divided. Only in 2 HIV -infected patients clinical stage I was diagnosed, so in our study we don't take into consideration their results. Clinical stage II was found in 9 (17,6 %) patients, III- rd – 15 (44,1 %) and IV- th – 13 (38,2 %). According to study results, macronutrient content was significantly different in patients of the control group and in patients with HIV infection, chronic hepatitis C and HIV/CHC co-infection. Thus, the Ca and Na content was moderately decreased in patients with chronic hepatitis C, but its significant deficiency was observed in patients with HIV and HIV/CHC co-infection, compared with those individuals in the control group.

Note the probable Mg decrease, which participates in important biochemical and physiological processes in the body. Thus, in patients with chronic hepatitis C its contents amounted to $0,79 \pm 0,09$ ($p < 0,05$), in HIV-infected patients – $0,68 \pm 0,02$ ($p < 0,05$) and in patients with HIV/CHC co-infection – $0,65 \pm 0,02$ mmol/l ($p < 0,05$). Depending on the clinical stage of the disease and immunodeficiency degree the Mg level in HIV- infected patients was decreased. Consider the impact of Mg on lipid metabolism, we plan to examine the dependence of Mg deficiency on lipid metabolism.

Алиева М. И.

РОЛЬ ОКИСНОЙ МОДИФИКАЦИИ ЛИПИДОВ, БЕЛКОВ И НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ В ПАТОГЕНЕЗЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа.**

Научный руководитель: доц. Черникова Л. И.

Несмотря на значительный научный прогресс в изучении псориаза, многие вопросы его патогенеза и терапии до конца не решены.

Исследования последних лет (2006-2013 гг.) доказали важную роль в механизме псориаза интенсификации свободнорадикального окисления липидов и белков, которое протекает на фоне резкого снижения антиоксидантного статуса. Следствием этого может быть окисное повреждение клеточных мембран, изменение активности рецепторного аппарата, нарушение метаболизма гормонов и трансммиттеров, что, вероятно, извращает нормальные процессы пролиферации и дифференциации кератиноцитов эпидермиса.

Одновременно мы предположили, что при псориазе окисной модификации могут подвергаться и нуклеиновые кислоты, кодирующие рецепторные белки. Для подтверждения данного предположения у больных вульгарным псориазом мы определили (до лечения) экскрецию с суточной мочой 8-гидроксигуанина (8-ОН-G) – маркерного продукта окисной модификации нуклеиновых кислот. Было констатировано его резкое увеличение (в среднем в 4,8 раза) по сравнению с контролем (здоровые лица). Традиционное лечение (калиево-магнийевый комплекс, витамины, нейротропные препараты и пр.) вело к достоверному снижению выделения 8-ОН-G, которое, однако, оставалось выше, чем в контроле. Присоединение к традиционной терапии отечественного препарата тиотриазолина (парентерально и наружно в виде мази), обладающего мембраностабилизирующим, антиокислительным, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, приводило к нормализации экскреции 8-ОН-G и, параллельно, - к значительному улучшению текущих и отдаленных показателей эффективности терапии этих больных.

Накопленные данные дают возможность утверждать о наличии у больных псориазом оксидативного стресса, при котором на фоне истощения системы

антиоксидантной защиты повреждаются не только макромолекулы липидной природы (фосфолипиды, свободные жирные кислоты), но и белки и нуклеиновые кислоты, что нужно обязательно брать во внимание при назначении тех или иных антиоксидантов в качестве компонентов комплексной терапии.

Анцыферова Н.В., Соломенник А.О., Сохань А.В.
ГАПТОГЛОБИН КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ
ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Козько В.Н.

Цель исследования – усовершенствование диагностики стадий фиброза печени больных хроническим гепатитом С (ХГС).

Задача исследования – анализ взаимосвязи между содержанием в сыворотке крови гаптоглобина (ГГ) и стадиями фиброза печени.

Материалы и методы исследования. Объектом наблюдения были 23 больных ХГС с умеренной степенью активности процесса. Контрольную группу составили 24 практически здоровых лиц. Определение содержания ГГ было проведено фотометрическим методом в реакции с риванолом («Реагент», Украина). Стадии фиброза печени оценивали по системе FibroMax (Fibrotest). Статистический анализ полученных данных проводили традиционными методами вычисления средних величин ряда (M), ошибок средних арифметических (m), достоверности отличия средних величин (p) по критерию Стьюдента (t), в том числе и оценку точности средних для малых выборок, коэффициента корреляции (r).

Результаты. При исследовании содержания ГГ в сыворотке крови больных ХГС получен средний статистически сниженный показатель, который составлял $1,08 \pm 0,01$ г/л ($p < 0,05$) в отличие от контрольной группы - $1,37 \pm 0,13$ г/л. Проведение корреляционного анализа выявило наличие умеренной обратной связи между содержанием ГГ и стадиями фиброза ($r = -0,74$, $p < 0,01$). По мере увеличения фиброза уровень ГГ снижался.

Выводы. Снижение содержания ГГ в сыворотке крови больных ХГС отражает наличие морфологических изменений в печени той или иной степени выраженности, что позволяет считать его индикатором прогрессирующего фиброза.

Аронова Д.А.
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ - СЕРЬЕЗНАЯ УГРОЗА ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА
Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца,
г. Киев, Украина

Инфекционные болезни всегда были и остаются серьезной угрозой для человечества. Ежегодно от инфекций в Украине умирает 300-350 детей, из которых более 50% (или 130-200 детей) - это дети в возрасте до 1 года.

Бесспорно, вакцинация признана во всем мире самым эффективным средством защиты от инфекционных болезней. Это способ предупреждения вспышек, эпидемий и пандемий тех инфекционных болезней, против которых человечество уже создало и применяет вакцины. Именно благодаря вакцинации была побеждена такая смертельная инфекционная болезнь как натуральная оспа. Мир стоит на пути ликвидации полиомиелита. Благодаря вакцинации значительно снизилась

заболеваемость такими опасными для жизни людей инфекциями как дифтерия, столбняк, корь, краснуха, коклюш, туберкулез.

Мировая практика свидетельствует, что условием предупреждения возникновения вспышек и эпидемий, является создание и поддержание коллективного иммунитета путем поддержания постоянного охвата вакцинацией 95% целевых групп населения (детей определенных возрастных групп, подростков, взрослых, которые указаны в Календаре профилактических прививок).

Однако, в Украине сложилась крайне негативная ситуация в сфере иммунопрофилактики. Уровень доверия к вакцинации с каждым годом падает. Если еще в 2005 году уровень плановой вакцинации детского населения в Украине составлял 95% и более, то за 10 месяцев 2013 года против такой опасной инфекции как полиомиелит привито всего 51,5% детей; против дифтерии, коклюша и столбняка – 50,2%; кори, паротита, краснухи – 36,8%; против туберкулеза – 72,4 %, гемофильной инфекции – 62%, гепатита В – 19,5%. При этом, объемы бюджетных расходов на вакцинацию населения за последние 10 лет выросли в 5 раз. Следует акцентировать внимание, что законы в сфере вакцинации не пересматривались в течение последних 10 лет. Так, Закон Украины «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» был утвержден в 1994 году и «О защите населения от инфекционных болезней» в 2000 году.

Сегодня крайне необходимо пересмотреть законы Украины, которые регулируют вопросы вакцинопрофилактики населения и внести изменения в некоторые законодательные акты Украины в отношении защиты населения от инфекционных болезней». Необходимо проанализировать лучший современный мировой опыт в сфере вакцинации и предусмотреть ряд положений, направленных на: наведение порядка в сфере иммунопрофилактики; восстановление доверия общества к вакцинации; и на обеспечение цивилизованного баланса между правами каждого человека и необходимостью защиты общественного здоровья. Необходимо предусмотреть: - ежегодный пересмотр Календарь прививок с учетом эпидситуации в Украине и мире, что позволит быстро реагировать на ее изменения и своевременно принимать необходимые меры. Следует также отметить, что Календарь прививок и Национальные программы по иммунопрофилактике – отражают те вопросы, к которым каждая страна должна подходить индивидуально, в зависимости от: - состояния здоровья населения, особенно детского; - особенностей эпидситуации в стране; - научной обоснованности; - экономической целесообразности их внедрения.

Поэтому введение законодательной нормы о ежегодном пересмотре Календаря прививок крайне актуально). - отменить требование о запрете посещения детских учреждений детям, которые не привиты по Календарю прививок. На замену этой нормы мы предлагаем ввести норму о временном отказе в посещении детского учреждения на период неблагоприятной эпидситуации (по аналогии карантина). Такое изменение законодательства будет способствовать соблюдению конституционных прав ребенка на охрану здоровья и на образование, снимет социальную напряженность в обществе и станет реальным противодействием антивакцинальной кампании, которая укрепились в нашей стране в последние годы.

Кроме того, предлагается внедрить сертификат профилактических прививок – это документ, в котором будут указаны все прививки, которые проводятся человеку от рождения и в течение всей жизни. Несовершенство законодательства в сфере иммунопрофилактики требует разработки законопроекта, который бы изменил ситуацию в таком важном вопросе и проблеме, и устранил противоречия, которые имеются сегодня в законодательном поле.

Баранова А.В.
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Беловол А.Н.

В настоящее время псориаз занимает лидирующее место в структуре хронических рецидивирующих кожных заболеваний. В Украине около 1,2 млн больных псориазом и более 200 млн. чел. в мире страдают псориазом. Отмечаются изменения в структуре контингента больных псориазом: нарастает удельный вес тяжелых, инвалидизирующих форм заболевания, резистентных к различным методам терапии.

Псориаз - это хронический дерматоз мультифакториальной природы, в патогенезе которого в последнее время отмечается важная роль нарушений гомеостаза с последующим снижением адаптационных механизмов. Поэтому, псориаз, может являться следствием нарушений функций, отвечающих за приспособление организма к любым изменениям.

Цель. Изучить активность адаптационных механизмов больных псориазом с различной степенью тяжести по содержанию дофамина и соматотропина, как одних из показателей состояния эрго- и трофотропного систем организма больных псориазом в зависимости от степени распространённости и тяжести течения патологического процесса.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 71 больных псориазом с различной степенью тяжести, которые находились на стационарном лечении в ХГККВД №5. В исследовательскую выборку вошли пациенты в возрасте от 18 до 67 (средний возраст составил $38,8 \pm 2,21$ лет), из них 44 (61,9 %) женщин и 27 (38,1%) мужчин. Для оценки тяжести и распространённости псориатического процесса использовали индекс PASI, среднее значение по выборке ($n = 71$) составляла $41,7 \pm 1,36$. Все больные псориазом были разделены на 3 группы по различной степени тяжести: легкой - 31 (43,7 %) больных, средней - 28 (39,4 %) и тяжелой - 12 (16,9%). Программа исследований предусматривала определение в сыворотке крови больных и условно-здоровых лиц соматотропина и дофамина. Содержание дофамина в крови больных псориазом в зависимости от степени тяжести составило: у больных псориазом с легким течением повышение наблюдалось на уровне 44 %, у пациентов со средним течением болезни - на 65 %, для тяжелого состояния псориаза повышение наблюдалось на уровне 82 %, по сравнению с контрольной группой. Содержание соматотропина, в свою очередь, у больных псориазом различалось в зависимости от степени тяжести и распространённости патологического процесса. Так, при лёгкой степени заболевания уровень соматотропина в сыворотке крови выше в 2,25 раза по сравнению с контрольной группой. При средней степени заболевания содержание соматотропина больше в 3,13 раза. При тяжёлой степени заболевания: содержание соматотропина - выше в 3,8 раза. Исследования показали динамические изменения содержания гормонов в зависимости от степени распространённости и тяжести течения патологического процесса.

Результаты. У больных псориазом, было отмечено увеличение концентрации дофамина и соматотропина, причем концентрация в сыворотке крови дофамина и соматотропина значительно превышала уровень данных гормонов у лиц контрольной группы, что может быть обусловлено активацией защитных механизмов организма у больных. Повышение концентрации адаптивных гормонов является фактором, свидетельствующим о напряжении системы адаптации организма. Анализ

полученных результатов позволяет предположить, что процессы биосинтеза дофамина и соматотропина у больных псориазом является повышенным. Влияние дофамина может быть связано не столько с прямой стимуляцией на α - и β -адренорецепторы, а так же со способностью дофамина высвобождать действие норадреналина. Выраженность лимфопролиферативных изменений на коже больных псориазом имела высокую корреляционную связь с уровнем соматотропина ($r=0,92$) и дофамина в сыворотке крови, что может позволить использовать данные показатели в качестве опосредованных маркеров псориаза.

Выводы. Данные показатели могут быть использованы в качестве мониторинговых при оценке тяжести течения и эффективности патогенетической терапии. Таким образом, результаты исследования гормонального статуса у больных псориазом выявили нарушения функционирования гипоталамо-гипофизарного и надпочечникового комплексов, что может свидетельствовать об активности адаптационных механизмов у больных псориазом, следовательно, требуют дальнейшего углубленного изучения.

Бардінов Д.В.

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ АНТИОКСИДАНТАМИ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ПРО-ТА АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра дерматології, венерології і СНІДу**

Науковий керівник: доц.Чипиженко В.А., доц.Гончарова І.М.

Екзема була і залишається однією з актуальних проблем сучасної дерматології, що зумовлено неухильним зростанням кількості клінічних форм з тяжким рецидивуючим перебігом, збільшенням випадків інвалідизації, значною торпідністю до традиційної терапії, погіршенням якості життя цих хворих.

В цьому плані значний інтерес клініцистів привертають нові дані про патогенез цього захворювання, а саме стан про- та антиоксидантної систем.

У 40 хворих на справжню екзему нами було констатовано прискорення процесів окисної модифікації ліпідів та білків, яке пробігало на тлі значного зниження як ферментної ланки системи антиоксидантного захисту, так і зменшення рівня ендogenous α -токоферолу. Виявлені при екземі ознаки глибокого оксидативного стресу дозволили нам розробити патогенетично обґрунтовану схему лікування, яка включає в себе застосування гіпосенсибілізуючих та імунореґуючих засобів та потужного антиоксиданта з цереброактивною дією тіоцетаму.

Запропонована схема показала досить високу ефективність, простоту і доступність, дала можливість збільшити кількість хворих, що були виписані з клінічним одужанням на 25%, зменшити строк перебування на ліжку в 1,5 рази, покращити загальний перебіг екземи у 45% хворих.

Башмакова А.О.

ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ РЕГУЛЯТОРНИХ МЕХАНІЗМІВ НЕЙРОЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНИЙ ПСОРИАЗ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра дерматології, венерології та СНІДу.**

Науковий керівник: ас. Доброжанська Є. І.

В теперішній час увага приділяється вивченню патогенетичних механізмів розвитку псориазу. Відзначається системний характер порушень в

різноманітних сферах організму – психічній, вегетативній, ендокринній та ін. Численна кількість робіт свідчить про важливу роль нервової системи у виникненні псоріазу та його рецидивів. Крім того, результати спеціальних функціональних неврологічних досліджень показують у хворих на псоріаз наявність важливих функціональних порушень центральної і периферичної нервової системи. Вміст ендогенних опіоїдних пептидів у хворих на псоріаз можна розглядати як фазу тривоги і опору загального адаптаційного синдрому по Сел'є. При цьому відзначається зниження вмісту в крові В-ендорфіну і збільшення метенкефаліну, в ряді випадків знайдено лей-енкефалін, тоді як в крові здорових осіб він відсутній. Передбачається також, що ключова роль в індукції захворювання належить нейропептидам, які звільнюються з нервових закінчень в шкірі, активують імунокомпетентні клітини, сприяють звільненню біологічно активних речовин, росткових факторів. На підставі успадкованих дефектів розвивається неадекватна відповідь на дію цих медіаторів, виникає стан вторинного стресіндукованого імунодефіциту. Зокрема, ряд дослідників зв'язують зміни епідермісу у хворих на псоріаз з дією продуктів гормону росту гіпофізу, а також інших адаптивних гормонів. Встановлено, що опіоїдні пептиди, зокрема енкефаліни, виявляють антистресову дію. При їх введенні відбувається нормалізація активності нейроендокринних систем (гіпоталамо – гіпофізарно – наднирковій, гіпоталамо – нейрогіпофізарній, симпатико – адреналовій), що в свою чергу призводить до нормалізації гомеостазу, енергетичного обміну та імунореактивності організму. Посилення функціонального напруження опіатної системи – природний механізм одужання. Використання даларгіну (синтетичного аналогу лей-енкефаліну) дає змогу ефективно коригувати стан стресу організму, нормалізувати метаболічні і ендокринні порушення симпатико-адреналової системи.

Метою роботи стало вивчення вмісту адаптивних гормонів (соматотропного гормону та кортизолу) в залежності від обраної схеми лікування пацієнтів із псоріазом.

Клінічно обстежили 20 хворих на псоріаз (9 – чоловіків і 11 – жінок), вік хворих від 21 до 58 років, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в дерматологічному відділенні 5 МКШВД м. Харкова. Пацієнти були розподілені на 2 групи: до 1-ої групи належали 10 пацієнтів, які отримали базову терапію з приводу псоріазу (при стаціонарній стадії псоріазу призначали: В₆ 1,0 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу через день - 20 днів, В₁₂ 500 мкг внутрішньом'язово 1 раз на добу через день - 20 днів; при прогресуючій стадії псоріазу призначали сезонні препарати гіпотіазид по 50 мг 1 раз на 3 доби - 10 днів, аспаркам по 1 табл 3 рази на добу - 10 днів, кальцію глюконат по 5,0 мл внутрішньом'язово - 10 днів, через 7 днів від початку лікування В₆ по 1,0 мл внутрішньом'язово через день - 20 днів, В₁₂ 500 мкг внутрішньом'язово через день - 20 днів, зовнішньо призначають 2% саліцилову мазь, а при осінніх та зимових формах псоріазу додають УФО), 2 група – 10 хворих на псоріаз, отримали комплексну терапію, яка є сполученням базової терапії та даларгіну (через 7 днів від початку застосування базової терапії призначали даларгін по 1,0 мл 2 рази на добу внутрішньом'язово - 10 днів)

Пацієнти до початку і після закінчення лікування пройшли комплексне клініко-лабораторне обстеження. Важкість клінічних проявів псоріазу оцінювали за допомогою PASI-індексу до початку і після закінчення

лікування. Всім пацієнтам провели кількісне визначення радіоімунним методом у сироватці крові соматотропного гормону (СТГ) і кортизолу (К). Ми можемо побачити виразні зміни адаптивних гормонів на відміну від початкового рівня у 2 групи хворих, які отримували комплексну терапію в порівнянні з 1-ю групою пацієнтів, які отримали базову терапію. Даларгін дійсно посилює активність антистресової системи і зменшує стан стресу. Темп нормалізації ендокринної системи під впливом даларгіну більш виразний. Завдяки тому, що даларгін нормалізує ключовий ланцюг патогенезу псоріазу, його обрано для патогенетично обґрунтованої комплексної схеми лікування хворих на псоріаз.

Клінічно у хворих, які отримали комплексну терапію, значно покращилися загальний стан, скоріше наступав регрес елементів висипки, значно зменшувався PASI-індекс у порівнянні з хворими із інших груп. В результаті комплексної терапії зменшилися показники ШОЕ і кількості лейкоцитів, декілька збільшені на початку лікування. Повне клінічне одужання в 2 групі спостерігалось у 6 пацієнтів (60%), покращення у 3 (30 %), 1 (10%) - лікування не дало ефекту, на відміну від 1 групи, де ми спостерігали наступні результати: 20% (2 пацієнта) - клінічне одужання, 60% (6 пацієнтів) - покращення, 20% (2 пацієнта) - лікування не дало ефекту.

Таким чином, під впливом даларгіну спостерігається позитивна клінічна динаміка, відбувається перебудова в ендокринній та вегетативній сферах. Виразні зміни показників є системними. В їх основі лежить послаблення активності механізму стресу і помітне покращення активності антистресової системи.

Бутов Д.А.

ЗНАЧЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный консультант: д.мед.н., профессор Кужко М.М.

Цель: изучить значения полиморфизма гена интерлейкина-10 у больных с рецидивом туберкулеза легких.

Материалы и методы. В исследования были включены 54 пациента европеоидного происхождения, проживающие на территории Харькова и Харьковской области, с инфильтративным рецидивом туберкулеза легких в возрасте от 20 до 70 лет. Средний возраст больных составил $40,54 \pm 1,31$ лет. Контрольную группу составили 9 практически здоровых доноров. Исследование полиморфных участков гена-интерлейкина-10 (ИЛ-10) проводили с использованием амплификации специфических участков генома. Был исследован полиморфный вариант гена ИЛ-10 G-1082A. Амплификацию осуществляли согласно инструкции, прилагаемой к коммерческому набору «Литех» (Москва, Россия),

Результаты. Проведенный анализ распределения генотипов полиморфизма G-1082A промоторного участка гена ИЛ10 позволил установить, что среди здоровых лиц преобладала нормальная гомозигота у 6 (67%) больных над гетерозиготным генотипом 2 (23%) и мутационным гомозиготным генотипом у 1 (10%) больного. Среди больных рецидивом туберкулеза легких чаще встречались носители гетерозиготного генотипа у 38 (70%) больных, наиболее редким генотипом оказался гомозиготный вариант у 16 (30%) больных промоторного участка G-1082A гена ИЛ10 из которых 5 (9%) больных мутационная и 11 (21%) больных нормальная гомозигота генотипа.

Выводы. У больных рецидивом туберкулеза легких жителей Харькова и Харьковской области чаще встречается носители гетерозиготного генотипа, нежели у практически здоровых доноров.

Герасимчук У.С., Бутов Д.О.

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА АКТИВНИЙ
ТУБЕРКУЛЬОЗ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У ПОРІВНЯННІ З
ЗАГАЛЬНОУКРАЇНСЬКИМИ ПОКАЗНИКАМИ**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра фтизіатрії та пульмонології**

Науковий керівник – к.мед.н., ас. Степаненко Г.Л.

Метою даного дослідження було вивчення епідеміологічних особливостей захворюваності на активний туберкульоз населення Харківської області у порівнянні з загальноукраїнськими показниками.

Матеріали та методи. Вивчалися статистичні показники Міністерства охорони здоров'я України за останні 9 місяців хворих на активний туберкульоз у 2013 році у порівнянні з аналогічним періодом у 2012 році за даними ДУ "Український центр контролю за соцхворобами Міністерства охорони здоров'я України".

Результати та їх обговорення. Захворюваність населення України на активний туберкульоз склала 50,4 і 51,7 випадків на 100 тис. населення у 2013 та 2012 роках відповідно, що на 2,5% нижче ніж у 2012 р. У Харківській області також було відмічено зниження захворюваності на 6,5% (32,9 проти 35,2) на 2013р. Смертність в Україні від туберкульозу за 9 місяців 2013 року у порівнянні з аналогічним періодом 2012 року (за даними Держстату України) на 100 тисяч населення становила відповідно 15,4 та 14,4 випадків, що на 6,5% нижче в порівнянні з 2012 роком. Розглядаючи даний показник по Харківській області, він становив 14,1 у 2012р. та 13,3 у 2013р. випадків на 100 тисяч населення, також можна відмітити поменшання смертності від туберкульозу на 5,7%. Висновки. Спостерігається зменшення захворюваності та смертності на активний туберкульоз у порівнянні з попереднім роком не тільки у Харківській області, а і по всій Україні. Але проблема туберкульозу залишається, і це є не тільки як медична, а й медико-соціальна, що може суттєво впливати на демографічні показники у державі.

Жаркова Т.С., Любомудрова К.С., Малишевська А.Ф.

**ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ЛАНКИ ЗАХИСТУ У
ДІТЕЙ ХВОРИХ НА КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ**

**Харківський національний медичний університет,
кафедра дитячих інфекційних хвороб**

Науковий керівник: проф. Кузнєцов С.В.

Важливе місце у складному ланцюгу взаємопов'язаних процесів та численних спеціалізованих систем забезпечення постійності внутрішньої середовища організму займає імунна система, у тісному функціональному зв'язку з котрою знаходяться фактори місцевого неспецифічного захисту організму – лізоцим (Л) та секреторний імуноглобулін А (sIgA).

Дефіцит Л та sIgA у шлунково-кишковому тракті приводить до зниження антиадгезивних і біфідогенних властивостей перетравлювальних секретів, порушення процесів травлення, посилення активності агресивних сполук, зниженню колонізаційної резистентності слизової оболонки, створює умови для хронізації захворювань травневої системи, формування бактеріоносійства при кишкових

інфекціях (КІ) та\або їх тяжкого і тривалого перебігу.

Мета роботи: встановити значення місцевих факторів захисту у формуванні клінічного варіанту перебігу КІ у дітей раннього віку.

Під спостереженням перебувало 121 дитина віком одного місяця - трьох років, з них 98 дітей, хворих на КІ (шигельоз - 36, сальмонельоз - 34, ешеріхіоз - 28). У 66 - реєструвався гладкий перебіг захворювання (ГП), 32 – хвилеподібний (ХП). 23 здорові дитини - контрольна група. Всім хворим у копрофільтраті визначали кількісний вміст sIgA та Л у перший – третій день захворювання, потім на п'яту – шосту добу. Рівень sIgA у копрофільтраті встановлювали твердофазним імуноферментним методом; Л – шляхом нефелометрії.

Виявлено, що в гострий період КІ у всіх хворих відмічається вірогідно високий рівень sIgA у копрофільтраті відносно здорових дітей. Що на наш погляд, можна розцінювати як адекватну захисну реакцію організму на проникнення патогенів у шлунково-кишковий тракт. При ГПКІ концентрація sIgA вірогідно вища ніж у дітей з ХП. Цей факт може свідчити про недостатність секреції або дефект у складному ланцюгу синтезу sIgA у дітей, та, на нашу думку, є одним з багатьох механізмів формування несприятливого перебігу захворювання. Рівень Л при ГПКІ не відрізнявся від показників здорових дітей, і був вірогідно нижчим за вміст Л у дітей з ХПКІ. Цей факт можна пояснити підвищеною втратою Л з випорожненням при ХПКІ.

На п'яту – шосту добу у хворих з ХП зареєстровано значно низький рівень sIgA та Л ніж у дітей з ГП, що свідчить про недостатність місцевих факторів захисту у дітей хворих на КІ на протязі захворювання.

Таким чином, ми виявили, що у хворих з ХПКІ з дебюту захворювання формується дефіцит місцевих факторів захисту, який зберігається протягом хвороби, цей факт, на наш погляд, може бути використаним з метою раннього прогнозування варіанту перебігу захворювання та удосконалення терапії. На наш погляд дітям з ХПКІ слід призначати препарати до складу яких, включені лізоцим та sIgA ще на початку захворювання.

Зоц Я.В., Могиленець О.І., Христенко Н.Є, Бондаренко А.В.,

Соломенник Г.О., Юрко К.В.

СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДОРOSЛИХ НА ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ОКІЛ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра інфекційних хвороб**

Науковий керівник – д. мед. н., професор В.М. Козько

Мета – дослідити захворюваність дорослих на дитячі інфекції в Харківській області за даними обласної клінічної інфекційної лікарні (ОКІЛ) м. Харкова.

Матеріали та методи. Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ м. Харкова в період з грудня 2012 р. по грудень 2013 р.

Результати. За період з грудня 2012 р. по грудень 2013 р. на стаціонарному лікуванні в ОКІЛ перебувало 190 хворих на дитячі інфекції. Із них 127 чоловіків (66,8%) та 63 жінки (33,2%). У структурі захворюваності переважала вітряна віспа – 146 випадків (76,8%). Було також зареєстровано 29 випадків червонички (15,3%), 10 випадків кору (5,3%), 3 випадки епідемічного паротиту (1,6%) та 2 випадки скарлатини (1,0%). Дитячі інфекції реєструвалися протягом усього року. Найбільша кількість випадків була зареєстрована у травні – 40 (21%). Серед захворілих переважали студенти – 117 осіб (61,6%). Найбільша кількість хворих була у віці 18-29 років – 175 хворих (92,1%); 12 хворих (6,3%) належали до вікової групи 30-39 років і лише 3 захворілих були старшими за 40 років.

Висновки. 1. У період з грудня 2012 р. по грудень 2013 р. у Харківській області дорослі частіше хворіли на вітряну віспу (76,8%) та червоничку (15,3). Зустрічалися випадки кору (5,3%), епідпаротиту (1,6%) та скарлатини (1,0%). 2. Серед захворілих переважали чоловіки молодого віку.

Ивашенко А. И.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ/ТБ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

Научный руководитель: д. мед.наук, проф. Шевченко О. С.

Туберкулез (ТБ) является наиболее частой Ко-инфекцией у ВИЧ-инфицированных в странах с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, к которым относится и Украина, и наиболее частой причиной смерти у больных СПИДом. Из 33,2 миллиона человек, живущих с ВИЧ, приблизительно одна треть также инфицирована ТБ. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около одной четвертой (28%) всех смертей в связи с ВИЧ связано с ТБ.

Цель: проанализировать эпидемическую ситуацию по туберкулезу у ВИЧ-инфицированных больных.

По состоянию на 01.07.2013 года на учете у фтизиатров находилось 302 человека с сочетанной патологией, среди которых 178 человек с активным течением ТБ. Подавляющее число таких больных было сосредоточено в г. Харькове (132).

Среди больных, которым впервые в жизни установлен диагноз сочетанной патологии, мужчины составляли 69,2%, женщины - 30,8%. Возрастной состав заболевших совмещенную инфекцию тесно коррелирует с возрастными группами, в которых чаще всего регистрируется заболевание туберкулезом. Лица молодого возраста от 18 до 24 лет составили 8,2%. От 25 до 44 лет - 86,2%, удельный вес лиц от 45 до 54 лет составила 5,6%. Подавляющее большинство заболевших являются жителями городов 69%.

Таким образом, анализируя статистические данные за 2008-2013 годы, прослеживается незначительное снижение заболеваемости ТБ в Харькове и области, но динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией возрастает. Отмечается зависимость между количеством больных ТБ и возрастом заболевших.

**Исаева А.О., Сохань А.В., Зоц Я.В., Калюжный В.А., Гойденко А.А., Маркуш
Л.И., Юрко К.В., Соломенник А.О., Гаврилов А.В.**

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЭФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ ХАРЬКОВА В 2011-2013 ГОДАХ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней**

Научный руководитель: профессор, д.мед.н. Козько В.Н.

В настоящее время в Харькове госпитализация и лечение пациентов с острыми нейроинфекционными заболеваниями осуществляется только в Областной клинической инфекционной больнице (ОКИБ). Это позволяет не только изолировать потенциально опасных для окружающих пациентов, но и организовать высококвалифицированную медицинскую помощь, что позволяет улучшить результаты лечения потенциально летального заболевания.

С 2011 по 2013 годы под нашим наблюдением находилось 74 пациента с острым гнойным менингитом. Заболевание протекало тяжело у 55 пациентов (74%), средней степени тяжести – 19 (26%), у 11 пациентов (14,9%), заболевание закончилось летально. Не смотря на проведение полноценного бактериологического обследования больных, этиологию заболевания удалось установить только в 28% случаев. Наиболее часто из ликвора больных выделялись *Str.Pneumonia*, *St. Epidermidis*. *N. meningitidis* была выделена только у 4 пациентов (5%), при этом у 2 из них заболевание закончилось летально. Анализируя клинико-лабораторные данные, следует сказать, что тяжесть заболевания была обусловлена развитием отека головного мозга (у 100% лиц с тяжелым течением болезни), реже, с явлениями инфекционно-токсического шока. У 21% больных гнойный менингит протекал на фоне (или как осложнение?) внегоспитальной пневмонии, причем в группе с тяжелым течением болезни пневмония наблюдалась у 29%, в то время как в средней тяжести – 16%. В 75% случаев антибиотикотерапия проводилась комбинацией цефтриаксона и левофлоксацина.

На фоне проводимого лечения у большинства больных уже на 5-7 день лечения отмечалась значительная положительная динамика как клинических так и лабораторных показателей. Прогностически неблагоприятными признаками были сохранение нарушения сознания на уровне комы через 3-4 дня лечения, наличие сопутствующей патологии.

Кірсанова Т.О., Строкач В.А., Вержанська О.М.

НОВА ЕРА ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ В УКРАЇНІ: БУТИ ЧИ НЕ БУТИ?

**Харківський національний медичний університет,
кафедра дитячих інфекційних хвороб**

Науковий керівник: д-р мед.наук, проф. Кузнєцов С.В.

Майже у 80% випадків етіологічним чинником гнійних менингітів є 3 бактерії: менінгокок, гемофільна паличка та пневмокок. Сучасний календар вакцинації України передбачає обов'язкову вакцинацію тільки проти гемофільної палички, а пневмокока та менінгокока – за епід.показами. За даними ВООЗ щорічно у світі реєструється біля 300000 випадків захворювань на менінгококовий менингіт, з них 30000 закінчуються смертю, в Україні смертність серед дітей складає 7%. В світі розроблені вакцини проти менінгокока підгруп А, С, W135, Y і ін. («Менінго А+С», «Менцевакс» та ін.), проти менінгокока групи В – проходить передліцензійне випробування. Імунізація стала важливим фактором профілактики пневмококової інфекції, тому що вона є частою причиною виникнення пневмоній, сепсису і менингіту. Частота пневмококового менингіту становить 1-2,5 випадків на 100 тис. населення за рік, летальність – 30%. У світі існує 2 вакцини проти пневмококової інфекції - «ПНЕВМО 23» і «Превенар». Введення обов'язкової вакцинації проти менінгокока і пневмокока дозволить істотно скоротити захворюваність, інвалідизацію і смерть від цих захворювань. Наприклад, у Великобританії масова вакцинація дітей раннього віку дозволила значно знизити захворюваність на менінгококовий менингіт (майже на 87%). Після впровадження у США пневмококової вакцини захворюваність на різні форми пневмококові інфекції у дітей знизилася на 69%.

Таким чином, ми вважаємо за доцільне розглянути можливість введення до календаря вакцинації здорових дітей в Україні обов'язкове щеплення проти менінгокока і пневмокока, що дозволить значно скоротити захворюваність на гнійні менингіти серед дитячого населення країни, що в свою чергу знизить інвалідизацію та смертність від них.

Кучеренко О.О., Тучіна О.О.
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ЦИТОКІНОВОЇ РЕАКЦІЇ ХЛАМІДІЙНИХ
ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра дитячих інфекційних хвороб**

Науковий керівник – д.мед.н., професор Кузнєцов С.В.

Пневмонії є одними з найбільш поширених захворювань у дітей. Ефективність лікування визначається своєчасністю та правильністю вибору терапії, у зв'язку з чим, виявлення етіологічного фактору захворювання на його ранніх етапах є дуже важливим.

Мета обстеження: визначення клініко-параклінічних і імунологічних особливостей пневмоній хламідійної і бактеріальної етіології у дітей на ранньому етапі маніфестації хвороби. Обстежено 50 хворих: 24 – на хламідійні пневмонії (ХП) і 26 – на бактеріальні (БП) у віці 3 міс. – 3 років, 30 – здорових дітей – група контролю (ГК).

Результати. Для ХП характерно: поступовий початок хвороби, рання поява бронхо-спастичних проявів, незначний токсикоз, наявність позалегеневих симптомів, шийного лімфаденіту, поліморфізм аускультативних даних (від жорсткого дихання до різнокаліберних хрипів переважно у нижніх відділах легень). В гострому періоді (ГП) захворювання в крові хворих визначаються високі рівні ІЛ-1 β , -6, ФНП- α . Підвищення ІЛ-4 незначне ($P>0,05$). К періоду реконвалесценції рівні ІЛ-1 β , -6, ФНП- α у крові хворих ХП знижуються, але залишаються вище рівней ГК ($P<0,05$), також реєструється вірогідно підвищений вміст ІЛ-4. При БП інтерлейкінова реакція більш значна.

Таким чином, особливості клінічних проявів ХП і невисока цитокінова реакція хворих в дебюті хвороби може бути використана для створення діагностичного алгоритму ХП на ранніх етапах їх маніфестації.

Лисюк Т.В.
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУННОГО ЗАХИСТУ У
ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

ХНМУ, кафедра дерматології, венерології і СНІДу

Науковий керівник: проф. Дашук А.М.

В теперішній час в світі на псоріаз хворіє 1-3% населення. Це хронічне спадкове захворювання з різноманітними клінічними проявами.

Матеріал і методи обстеження. Спостерігали зміни імунологічних показників 16 пацієнтів із псоріазом.

У хворих на псоріаз відмічаються зміни імунного статусу, які проявляються порушенням взаємодії імунокомпетентних клітин - пригніченням Т- і В-ланок імунітету, збільшенням кількості циркулюючих імунних комплексів (ЦІК), активацією гуморальної ланки імунітету. Дисбаланс між регуляторними та ефекторними клітинами призводить до неадекватної відповіді імунітету при псоріазі і це є центральною ланкою патогенезу даної хвороби. Т-регуляторні клітини є субпопуляцією Т-лимфоцитів і виконують важливу роль в підтримці імунної толерантності в організмі. Вони контролюють силу і тривалість імунної відповіді шляхом пригнічення активності Т-хелперів і Т-цитотоксичних клітин. Запальний процес в псориатичній бляшці підтримується за рахунок Т-клітинних імунних механізмів. Активация Т-лимфоцитів в ураженій шкірі супроводжується продукцією протизапальних цитокінів і факторів росту, які призводять до проліферації кератиноцитів і порушенню їхньої диференціровки.

При аналізі імунологічних показників хворих на псоріаз була встановлена асоціація між змінами показників CD4+, CD3+, CD8+, CD22+, IgA, IgM у динаміці лікування у пацієнтів усіх груп. Коливання цих показників відбувалося в одному напрямку, незалежно від терапії, що проводилася. На нашу думку, це закономірно, оскільки поряд із нормалізацією імунологічних показників у хворих, які отримували терапію амізоном та базову терапію, було виявлено поліпшення в різній мірі процесу одужання.

Лукьянов С.В.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

Научный руководитель – зав.каф., д.м.н. Шевченко О.С.

Начиная с 2004 года, на территории Харьковской области зарегистрирован рост активного туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных пациентов. Основной период клинических проявлений приходится на средний возраст (25-44 года) как среди лиц мужского, так и женского пола. Туберкулез и ВИЧ-инфекция II-IV ст. выявлены одновременно в 46,8% случаев, туберкулез развился на фоне ВИЧ в 43% случаев. Основной путь выявления туберкулеза органов дыхания был при обращении и составил 51,5% случаев. Сочетанная инфекция, обусловленная ВИЧ и туберкулезом, протекает с более выраженным инфекционно-токсическим, астеновегетативным и бронхолегочным синдромами. Острое начало отмечено в 32% случаев, интоксикационный синдром характеризовался изнуряющей лихорадкой с повышением температуры до фебрильных цифр, потливостью, прогрессирующей потерей массы тела в среднем на 6-8 кг за несколько месяцев. У пациентов, заразившихся ВИЧ-инфекцией на фоне активного туберкулеза, чаще встречаются легочные формы, а именно инфильтративный туберкулез легких. Обычно эти формы туберкулеза сопровождают больных на всех стадиях ВИЧ-инфекции. При выявлении туберкулеза на фоне имеющейся ВИЧ-инфекции наиболее легкие формы туберкулеза соответствуют ранним субклиническим стадиям ВИЧ-инфекции. Присоединение туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции приводит к значительному увеличению тяжелых форм туберкулезного процесса: внелегочные формы, в том числе милиарный с поражением многих органов, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и диссеминация туберкулезного процесса в сочетании с внелегочными локализациями.

**Минакова С.А., Грицюк Г.П., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Могиленец Е.И.,
Юрко Е.В., Винокурова О.Н., Гаврилов А.В.**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АПОЛИПОПРОТЕИНА A1В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней**

Научный руководитель – зав. каф., профессор Козько В.Н.

Цель исследования – изучить содержание белка аполипопротеина A1 (apoA1) в сыворотке крови больных хроническим гепатитом С (ХГС) в зависимости от биохимической активности процесса, степени воспалительно-некротической активности, стадии фиброза и стеатоза.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 22 больных ХГС. Их них мужчин было мужчин – 14 (63,6%), женщин – 8 (36,7%). Средний возраст пациентов составил $41,23 \pm 2,68$ лет. Всем больным проводили оценку активности процесса, стадии фиброза и степени стеатоза по системе FibroMax, определяли содержание в сыворотке крови асА1, активность АЛТ и АСТ. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия t Стьюдента для малых выборок и коэффициента корреляции r.

Результаты. Активность АЛТ в сыворотке крови в среднем составила $71,52 \pm 9,95$ МЕ/л, АСТ – $49,2 \pm 7,47$ МЕ/л. Воспалительно-некротические изменения в печени отсутствовали у 6 (27,3%) пациентов, минимальная степень активности выявлена у 5 (22,7%), умеренная – у 3 (13,6%), выраженная – у 8 (36,4%) больных. Фиброз отсутствовал у 7 (31,8%), слабо выраженный фиброз диагностирован у 4 (18,2%), умеренно выраженный – у 4 (18,2%), выраженный – у 3 (13,6%), цирроз – у 4 (18,2%) больных. Степень выраженности стеатоза печени у обследованных пациентов колебалась от 0 до 4 баллов. Содержание асА1 в сыворотке крови у всех больных не выходило за пределы нормальных значений (1,08-2,25 г/л), составив в среднем $1,5 \pm 0,06$ г/л, что не отличалось от контроля ($p > 0,05$). Не выявлено зависимости между этим показателем и активностью АЛТ ($r = -0,05$; $p > 0,05$), АСТ ($r = 0,27$; $p > 0,05$) в сыворотке крови, а также степенью воспалительно-некротической активности ($r = -0,16$; $p > 0,05$), стадией фиброза ($r = -0,28$; $p > 0,05$) ХГС, степенью стеатоза ($r = 0,11$; $p > 0,05$) печени у обследованных больных по результатам FibroMax.

Выводы. Определение содержания белка аполипопротеина А1 в сыворотке крови не позволяет оценить состояние функционально-морфологических изменений в печени у больных ХГС.

**Мовсесян А.Т., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Гойденко А.А., Калюжный В.А.,
Маркуш Л.И., Павлов В.В., Анциферова Н.В.**

**АНАЛИЗ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ
ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ
Г.ХАРЬКОВА**

Харьковский национальный медицинский университет

Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина

По состоянию на ноябрь 2012 года в Харьковской области зарегистрировано 5572 больных (интенсивный показатель 203,4 на 100 тыс. населения). Только за 10 месяцев 2012 года в Харьковской области было выявлено 473 „новых” случаев ВИЧ-инфекции, у 235 лиц поставлен диагноз СПИД, 73 человека умерло от СПИДа. В Харькове поликлиническая помощь оказывается пациентам с ВИЧ в центре СПИДа, Областная клиническая инфекционная больница (ОКИБ) оказывает помощь ВИЧ-инфицированным с инфекционными заболеваниями, нуждающимся в стационарном лечении. За период с 2008-2012 год в ОКИБ находилось на лечении 340 ВИЧ-инфицированных пациентов. В 2008 г. – 72 пациента (21%), 2009 – 68 (20%), 2010 – 62 (18%), 2011 – 68 (20%), 2012 – 74 (21%), из них мужчин 59%, женщин 41%. У 14,71% диагноз ВИЧ-инфекция был поставлен впервые в процессе обследования в ОКИБ. Средний возраст больных составил 34,57 лет, причем у больных с 2 стадией ВИЧ – 30,1 лет, 3 стадией – 34,7, СПИДом – 34,5 лет. У 35,6% больных был поставлен диагноз менингоэнцефалит, методом ПЦР ликвора была подтверждена

токсоплазменная этиология поражения ЦНС у 24,7% больных, Эпштейна-Барр вирус – 20,7%, цитомегаловирус – 14,9%, нейротуберкулез – 9,9%, вирус простого герпеса – 2,5%, не удалось определить этиологию поражения ЦНС у 27,4% больных. Туберкулез был впервые выявлен у 15,6% больных. Кандидоз ротоглотки мы наблюдали у 54% больных, кахексию у 12,1%, пневмонию – 27,7%, хронический гепатит С – 25,9%, хронический гепатит В – 7,4%. У 75,3% больных наблюдалась микст инфекция двух и более возбудителей инфекционных заболеваний. В лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) нуждалось 44,1% из этих пациентов, это 34,6% от всех пациентов, находившихся на лечении в ОРИТ за этот период времени. Летальность составила 13,8%. Основной причиной летальности стали менингоэнцефалит различной этиологии, туберкулез, пневмония. Таким образом, в ОКИБ, находились пациенты преимущественно с 3-4 стадией ВИЧ, микст инфекциями и полиорганными поражениями. У этой группы больных эффект от лечения незначительный, в большинстве случаев удается достигнуть лишь кратковременного улучшения состояния пациента. Лечение сопровождается большим количеством лабораторных и инструментальных исследований, весьма дорогостоящее и требует значительного внимания медперсонала.

Новак И.Н., Шамрай А.В.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ В Г.КИЕВЕ В 2013 ГОДУ

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца,

кафедра инфекционных болезней, г.Киев, Украина

Научный руководитель: к.м.н., доцент Анастасий И.А.

Введение. Лайм-боррелиоз характеризуется полиморфизмом клинических проявлений и склонностью к затяжному рецидивирующему течению. Ранняя диагностика позволяет предупредить развитие хронической стадии болезни, но для её осуществления необходима клиническая настороженность с учетом заболеваемости, возрастной структуры и сезонности заболевания.

Цель. Определить заболеваемость Лайм-боррелиозом, сезонность, возрастную структуру заболевших среди взрослого населения г. Киева на примере инфекционных отделений КГБ №9 и Александровской клинической больницы.

Материалы и методы. Применен статистический метод, проведен ретроспективный анализ журналов учета стационарных больных и отказа в госпитализации (ф. №001/о) инфекционных отделений КГБ №9 и Александровской клинической больницы за 2013 год.

Результаты. За указанный период в инфекционных отделениях КГБ №9 и Александровской клинической больницы проходили лечение 52 больных Лайм-боррелиозом: мужчины – 33%, женщины – 67%. Возраст пациентов был от 21 до 86 лет: 21-29 – 31%, 30-39 – 13%, 40-49 – 10%, 50-59 – 19%, 60-86 – 27%. 51(98%) случай заболевания зарегистрирован в период апрель-октябрь, 1(2%) случай зарегистрирован в январе, но в момент инфицирования больной находился не на территории Украины.

Выводы. В возрастной структуре заболевших Лайм-боррелиозом преобладают пациенты молодого (20-29 лет) и пожилого (60-86 лет) возраста. Основное количество заболевших поступило в весенне-летний период, что связано с активизацией

иксодовых клещей – основных переносчиков *Borrelia burgdorferi*, и совпадает с данными в литературе.

Новокшенова А. А.
ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА
ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЛОЗОВСКОМ РАЙОНЕ
ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии

Научный руководитель – проф. Чумаченко Т.А.

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) остаются одной из наиболее острых проблем в современных условиях и приобретают все большую медицинскую и социальную значимость. По данным Всемирной организации здравоохранения в среднем 7,1 % пациентов в учреждениях лечебной сети в Европейском союзе заражаются по меньшей мере одной внутрибольничной инфекцией в период госпитализации. Ежегодно такого рода инфекции наблюдаются более чем у 4 миллионов пациентов. Это приводит дополнительно к 16 миллионам дней госпитализаций в год; по оценкам, такие инфекции приводят к 37 000 смертей и являются сопутствующими причинами 110 000 смертей. Данные по странам Восточной Европы и Центральной Азии отсутствуют, но известно, что уровни в развитых и развивающихся странах в среднем почти в два раза превышают соответствующие уровни высокоразвитых стран.

Целью данного исследования была характеристика эпидемического процесса в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Лозовского района Харьковской области за одиннадцать лет.

Материалы и методы. Проведен анализ учетных и отчетных документов ЛПУ и госсанэпидслужбы, истории болезней стационарных больных в Лозовском районе Харьковской области за период с 2003 по 2013 г.г.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что за анализируемый период времени четко прослеживается тенденция к уменьшению числа ВБИ в ЛПУ Лозовского района Харьковской области. За весь период 2003 – 2013 гг. было зарегистрировано 37 случаев ВБИ.

Анализ динамики заболеваемости ВБИ в ЛПУ Лозовского района показал неравномерность распределения случаев инфекции в разные годы наблюдения. За период 2003-2011 гг. минимальные значения интенсивных показателей заболеваемости ВБИ, рассчитанные на 100 тыс. населения, были зарегистрированы в 2003 г. (1,7) и в 2006 г. (1,6). Максимальная заболеваемость выявлена в 2009 г., которая составила 6,15. В остальные годы величина показателей колебалась от 2,8 в 2005 г. до 3,91 в 2010 г. Обращает на себя внимание резкое снижение заболеваемости ВБИ до 0,97 – 0,99 на 100 тыс. населения в 2012-2013 гг. соответственно. По-видимому, это связано с неполной регистрацией случаев ВБИ. Анализ гендерной структуры заболеваемости ВБИ показал, что удельный вес мужчин составил 54 % (20 чел.), женщин – 45,9 % (17 чел.). Установлено, что число случаев ВБИ чаще регистрируется в возрастной группе старше 55 лет. Так, по возрасту случаи ВБИ распределились следующим образом: ВБИ выявлены у одного пациента в возрасте 0–14 лет, у двух – в возрасте 15-18 лет, у 11 человек в возрасте 19-55 лет, у 23 пациентов старше 55 лет, что составило 69 %. Такое распределение случаев ВБИ, по-видимому, связано со сниженной реактивностью организма пациентов старшей возрастной группы, обусловленной наличием сопутствующих заболеваний, а также с более

тяжелым течением основного заболевания в этом возрасте. Анализ историй болезни пациентов с ВБИ показал, что такие сопутствующие заболевания как сахарный диабет, ожирение и атеросклероз имели 24 % пациентов, 7 % пациентов относились к социально незащищенным слоям населения.

Выводы: Эпидемический процесс ВБИ в ЛПУ Лозовского района Харьковской области характеризуется неравномерным распределением случаев заболеваний в многолетней динамике, превалированием в структуре заболеваемости лиц мужского пола, пациентов старше 50 лет с сопутствующими заболеваниями (диабет, ожирение, атеросклероз и др.). Отмечается неполная регистрация случаев ВБИ, что диктует необходимость усиления эпидемиологического надзора в ЛПУ.

Остапенко Ю.А., Тищенко О.Л.

ТРУДНОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ НЕРВНОЙ ФОРМЫ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра инфекционных болезней

Научный руководитель: Ткаченко В.Г.

Распространенность и заболеваемость Лайм-боррелиозом (ЛБ) в странах Центрально-Восточной Европы, в том числе и в Украине, занимает первое место среди природно-очаговых инфекций, которые передаются клещами, а по темпам распространения – второе после ВИЧ-инфекции. В Харьковской области в 2012 году зафиксировано 1238 случаев нападения клещей на людей, ЛБ заболело 53 человека («Время Института Здоровья», №5, 2013г.).

В ноябре 2013 г. в стационар областной клинической инфекционной больницы г. Харькова была госпитализирована больная М., 61 г., с жалобами на двоение в глазах, слабость в нижних конечностях, снижение памяти. Заболела 10.06.13, когда появились сильная головная боль, тошнота, рвота, двоение в глазах. Обследована в неврологическом стационаре, причину указанных изменений установить не удалось. В августе состояние повторно ухудшилось, в связи с чем снова госпитализирована в неврологический стационар, где диагностирована дисциркуляторная атрофическая энцефалопатия. Тогда же были выявлены антитела IgG и М к *Borrelia burgdorferi*, с чем и обратилась в клинику инфекционных болезней. Из эпиданамнеза: в мае 2013 г. укуса в область живота клеща, которого извлекла самостоятельно. В месте укуса эритемы не наблюдалось. Объективно: состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики. Отмечались вялость, умеренная заторможенность, ретроградная амнезия, незначительный тремор рук, неустойчивость в позе Ромберга, горизонтальный нистагм. В клиническом анализе крови увеличение с/я нейтрофилов, в ликворе – лимфоцитарный плеоцитоз. Получала терапию циклоферон, медаксон, дексаметазон, оксирал, глутаргин, флуконазол. Выписана с улучшением, рекомендовано дальнейшее наблюдение инфекциониста и невропатолога.

Петрова О.С., Яремчук Я.И.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: проф. Шевченко О.С.

В Украине сохраняется напряженная ситуация по туберкулезу. В таких условиях невозможно ожидать уменьшение инфицированности детей *M.tuberculosis*. Серьезной проблемой остается определение у детей состояния инфицированности *M.tuberculosis* или латентного туберкулезного инфицирования (состояние, при котором в организме персистируют *M.tuberculosis*, но отсутствуют клинико-

рентгенологические проявления локального туберкулеза). В связи с этим, ранняя диагностика латентной туберкулезной инфекции дает возможность избежать развития локальных форм туберкулеза среди детского населения и удержать дальнейшее развитие эпидемии. Единственным методом ранней диагностики латентного туберкулезного инфицирования у детей до настоящего времени оставался кожный туберкулиновый тест, основанный на реакции гиперчувствительности замедленного типа - пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Тест проводится с помощью очищенного туберкулина - белковый дериват(ППД) - который включает в себя белки(туберкулопротеины А,В,С), полисахариды, липидные фракции и нуклеиновую кислоту. Белковую часть составляет экстракт, полученный из инактивированной чистой культуры *M.tuberculosis* и *M.bovis*. Он содержит почти все их антигены, в том числе и антигены вакцинного штамма (БЦЖ). Однако, проба Манту не всегда является диагностически точной (на ее результат могут повлиять множество состояний организма), она часто дает ложноположительную реакцию. По причине этого, учеными был выделен ряд антигенов *M.tuberculosis*, которые отсутствуют в вакцинном штамме и у большинства нетуберкулезных микобактерий. Этими антигенами оказались ESAT-6 и CFP-10. С помощью этих антигенов удалось дифференцировать гиперчувствительность замедленного типа поствакцинального происхождения и ту, которая возникает при инфицировании вирулентными *M.tuberculosis*. Был изобретен новый метод ранней диагностики - АТР (аллерген туберкулезный рекомбинантный). АТР продуцируется генетически модифицированной культурой *E.coli*. Реакция на пробу Манту отображает сенсibilизацию к *M.tuberculosis* независимо от их активности, а также сенсibilизацию к нетуберкулезным микобактериям, микобактерии штамма БЦЖ; тест с АТР реагирует на наличие в организме только активной популяции *M.tuberculosis*. Тест с препаратом АТР является более чувствительным и специфичным, чем проба Манту, однако не может быть использована вместо туберкулинового теста для отбора лиц для первичной вакцинации и ревакцинации БЦЖ. Нами было проведено исследование среди здоровых, не подлежащих учету у фтизиатра, учащихся общеобразовательной школы в возрасте от 7 до 17 лет. В исследование было включено 43 человека, из них 28 (65,1%) мальчиков и 15 (34,9%) девочек. Изучение результатов туберкулинодиагностики у учащихся показало, что положительная или сомнительная реакция на пробу Манту отмечались у большинства детей - в 38 (88,4%) случаях. Положительная или сомнительная реакции на пробу с АТР зафиксированы только у 9 (21%) человек. Положительные или сомнительные реакции на пробу с АТР выявлены значительно реже по сравнению с пробой Манту. Отрицательные реакции на пробу с АТР отмечались существенно чаще, чем на пробу Манту. В соответствии с положительными реакциями на пробу с АТР дети были обследованы рентгенологически для исключения локального туберкулеза. В 1 случае был выявлен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе неполной кальцинации у ребенка 11 лет. Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что применение пробы с АТР как скринингового метода обследования детей и подростков способствует выявлению лиц, имеющих высокий риск заболевания туберкулезом.

Плотнікова В.В.

ОБМІН ІНГІБІТОРІВ КЛІТИННОГО ЦИКЛУ У ШКІРІ ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ
Харківський національний медичний університет,

кафедра дерматології, венерології і СНІДу
Науковий керівник: проф. Дащук А.М.

Псоріаз - це рецидивуючий дерматоз, питома вага якого в загальній структурі шкірних захворювань становить 3-5%. Є підстави вважати, що дисрегуляція клітинного циклу є одним з основних процесів розвитку гіперпроліферації, і дослідження протеїнів, інгібіторів – протоонкогенів, залучених до цього процесу, є актуальним і визначає напрямок даного дослідження.

Нами вивчені біоптати 20 хворих на псоріаз.

У прогресуючій стадії псоріазу імуногістохімічно визначалася підвищена експресія білків p16 - 19%, p19 - 26%, p21-до 4% і p53 - до 39%, у трансформованих клітинах базального й шипоподібного шару. Ці показники можуть відображати прискорення процесів проліферації ушкоджених клітин (акантоз, паракератоз, гіперкератоз). Рівень експресії білка p16 у хворих із прогресуючою стадією псоріазу був помірним. Визначалася слабка експресія білка p21 у трансформованих клітинах базального шару епідермісу у хворих із прогресуючою стадією псоріазу.

Експресія p19 також була різною у хворих із прогресуючою стадією псоріазу до 26%, що підтверджує гіперпроліферацію епідермісу та може свідчити про зниження темпів апоптозу ушкоджених клітин. Експресія p53 у шипоподібному й базальному шарі ушкодженої шкіри хворих прогресуючою стадією псоріазу була збільшена до 39%.

При стаціонарній стадії експресія білка p19 знижувалася від 18% до 2%, p16 - до 14%. При цьому спостерігалось підвищення експресії p21 від 3% до 27%, а також значне зниження показників експресії p53 з 30% до 14% в ушкодженій шкірі. Це може свідчити про зміну темпів апоптозу в шкірі у хворих стаціонарною стадією псоріазу.

Скорнякова А. М.
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В КРАСНОГРАДСКОМ РАЙОНЕ
ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии

Научный руководитель – проф. Чумаченко Т.О.

Туберкулез (ТБ) остается одной из основных глобальных проблем здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире болеют ТБ примерно 8-10 млн. человек (в Украине на данный момент около 400 тысяч больных ТБ), в 2012 г. в мире 8,6 млн. человек заболели ТБ, а 1,3 млн. – умерли от этой болезни (в том числе умерли 320 000 ВИЧ-позитивных людей). В 2012 г. около 530 000 детей заболели ТБ и 74 000 ВИЧ-негативных детей умерли от ТБ. Более 95 % случаев смерти от ТБ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода, и эта болезнь является одной из трех основных причин смерти женщин в возрасте от 15 до 44 лет. Успех борьбы с ТБ, как и другими инфекционными заболеваниями, во многом определяется объемом и содержанием профилактических мероприятий, которые должны проводиться с учетом эпидемической ситуации на конкретной территории в данный период времени.

Цель исследования: Оценка закономерностей эпидемического процесса ТБ среди населения Красноградского района и города Краснограда Харьковской области за период 2001 – 2012 гг.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ заболеваемости ТБ Красноградском районе и г. Красноград Харьковской области по данным экстренных

извещений о случаях ТБ и отчётов о заболеваемости ТБ за 2001 – 2012 гг. Эпидемиологические данные статистически обработаны, произведен расчет тенденций динамики заболеваемости туберкулезом, показатели возрастной структуры случаев инфекции.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный эпидемиологический анализ, проведенный за двенадцать лет, показал, что динамика заболеваемости ТБ в городе и районе сходная, характеризуется цикличностью и тенденцией к снижению заболеваемости ТБ в Красноградском районе за последние годы. При этом интенсивные показатели заболеваемости ТБ в городе превышают данные района. Так, в 2009 г. интенсивный показатель заболеваемости ТБ на 100 тыс. населения в районе составил 96,6, а в городе 99,0 и постепенно снижался. В 2012 г. заболеваемость ТБ в Красноградском районе составила 78,26, и превышала показатели Харьковской области (70,20 на 100 тыс. населения).

Однако следует отметить негативную тенденцию увеличения частоты бактериовыделения возбудителя ТБ, что свидетельствует об увеличении количества открытых форм ТБ, а значит и источников инфекции. Неизолированные источники инфекции играют существенную роль в распространении возбудителя и поддерживают негативные тенденции в формировании эпидемической ситуации.

Анализ случаев ТБ по возрасту выявил увеличение доли лиц в возрасте 30 – 39 до 30,1 % и возрастной группы 40 – 49 лет, удельный вес которых составил 26,0 %. Эти возрастные группы характеризуются высокой интенсивностью общения, что, с одной стороны, приводит к высокому риску заражения ТБ, а с другой стороны, эти возрастные группы играют существенную роль в поддержании эпидемического процесса как источники инфекции. В структуре заболеваемости по полу преобладают мужчины среднего и старшего возраста (61,8 %), из которых многие характеризуются асоциальным поведением, имеют отягощённый анамнез.

Выводы. Результаты анализа показали, что в Красноградском районе Харьковской области сохраняется неблагоприятная ситуация по ТБ, имеются условия для интенсификации эпидемического процесса, что диктует необходимость проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в полном объеме.

**Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Могиленец Е.И., Юрко Е.В., Гвоздецкая М.Г.,
Курилов Д.А., Минакова С.А.**

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней**

Научный руководитель – зав. каф., профессор В.Н. Козько

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ), в том числе хронический гепатит С (ХГС), на сегодняшний день являются глобальной и актуальной проблемой. Это связано с неуклонным ростом заболеваемости ими, прогрессирующим течением, высоким риском возникновения неблагоприятных исходов, таких как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома. Несмотря на оптимизм, который вызван результатами противовирусной терапии, нельзя не отметить, что ею по разным причинам могут быть охвачены далеко не все больные ХВГ; по-прежнему достаточно высоким остается процент не ответчиков среди пациентов с наиболее распространенным в Европе генотипом 1в вируса гепатита С (HCV). У таких больных на первый план в лечении встает патогенетическая терапия, ведущее место в которой занимают гепатопротекторы.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности препарата фосфоглив у больных ХГС. Фосфоглив – новый оригинальный препарат, созданный Российскими учеными с использованием нанотехнологий, комбинированный гепатопротектор, обладающий противовирусной активностью. В его состав входит фосфатидилхолин и тринатриевая соль глицирризиновой кислоты. Проведенные исследования показали положительное влияние препарата на морфологические изменения в печени (активность, фиброз) за счет подавления синтеза провоспалительных цитокинов, снижения активности «звездчатых клеток», активации процессов фибринолиза, потенцирование действия линейных интерферонов при лечении больных ХГС за счет антивирусной активности глицирризиновой кислоты.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 больных ХГС, которые по различным причинам не получали стандартную противовирусную терапию. Из них мужчин было 14, женщин – 6. Средний возраст составил $38,51 \pm 2,89$ лет. Хронический гепатит с минимальной степенью активности был диагностирован у 5, с умеренной – у 15 пациентов. Больные получали фосфоглив по 2 капсулы 3 раза в день в течение 3–6 месяцев. Эффективность терапии оценивали по клиническим и лабораторным показателям (активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) в сыворотке крови, содержание общего билирубина и его фракций, белка и его фракций, фибриногена в сыворотке крови).

Результаты. В клинической картине у больных наблюдались общая слабость (68,75%), снижение аппетита (62,5%), тяжесть в правом подреберье и/или эпигастрии (62,5%), тошнота (37,5%), увеличение печени (100%), желтуха (50%), холурия (43,75%), увеличение селезенки (37,5%), повышение температуры тела до субфебрильных цифр (18,75%). Изменения в биохимических показателях характеризовались повышением активности АлАТ в сыворотке крови в 1,5–7 раз ($2,99 \pm 0,48$ ммоль/л·ч), у части больных – повышением общего билирубина ($49,2 \pm 5,4$ мкмоль/л), снижением содержания альбумина ($45,22 \pm 3,41$ г/л), фибриногена ($1,71 \pm 0,27$ г/л) в сыворотке крови. На фоне терапии препаратом фосфоглив у больных отмечалось улучшение субъективного состояния, исчезновение или уменьшение проявлений астеновегетативного, диспепсического синдромов, желтухи, сокращение размеров печени, в том числе восстановление ее экоструктуры по данным УЗИ. Отмечалась положительная динамика со стороны лабораторных показателей: нормализация или снижение активности АлАТ, общего билирубина, повышение содержания фибриногена, альбумина.

Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности препарата фосфоглив у больных ХГС и дают основания рекомендовать его в качестве альтернативного гепатопротектора для лечения хронических заболеваний печени.

Сухорукова М.Ф.

ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГІДРОФОБІЮ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

**Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології
Науковий керівник – проф. Чумаченко Т.О.**

Тривала епізоотія сказу природного типу в країнах Східної Європи впливає на епідемічну ситуацію в Україні, яка розцінюється як нестійка. Територія Харківської області є стаціонарно неблагополучною зі сказу тварин.

Мета роботи: виявлення причин захворювання людей на сказ та оцінка ризику виникнення захворювань на гідрофобію населення Харківської області.

Матеріали і методи. Проаналізовано захворюваність на сказ людей і тварин, зверненість населення за антирабічною допомогою в Харківській області за 1978 – 2013 рр.

Результати. За останні 35 років у Харківській області зареєстровано 9 випадків гідрофобії, у тому числі за останнє десятиріччя чотири. Мешкали у сільській місцевості 8 захворілих, один – у м. Харкові. Серед вікових груп 7 захворілих були особами працездатного віку, один відносився до вікової групи до 60 років та старше, один – до вікової групи до 14 років. Серед захворілих було дві особи жіночої статі, сім – чоловічої. Аналіз випадків за локалізацією укусів показав, що вісім хворих отримали тяжкі укуси (шість – укуси у кисть, два – в обличчя). За медичною допомогою з приводу укусу шість хворих не зверталися, один – відмовився від лікування, в одному випадку ветеринарне спостереження помилково проводилось за іншою твариною, в одному – із запізненням розпочато антирабічне лікування. Інкубаційний період у 7 випадках склав 1,5 – 2 місяця, в одному випадку – 3 місяці (проводилась обробка рани спиртовмісним розчином), у потерпілого, що почав отримувати антирабічне лікування, інкубаційний період збільшився до 4 місяців. Клінічні прояви хвороби мали поліморфний характер, що у деяких випадках ускладнювало постановку первинного діагнозу, проте в усіх випадках відмічались фобії, у тому числі гідрофобія. Смерть хворих наступала у середньому на 7-10 день; 8 випадків підтверджено лабораторно, 1 випадок – епідеміологічно. Джерелом інфекції у 3 випадках (33,3 %) послужили лисиці, у 6 випадках – свійські тварини: 4 кішки (44,4 %) та 2 собаки (22,2 %). Аналіз звернення населення за антирабічною допомогою у 2007 – 2013 рр. показав, що щороку від укусів тварин, хворих на сказ, страждає від 80 до 200 осіб, які складають потенційну групу ризику захворювання людей. Кількість постраждалих має прямий зв'язок з інтенсивністю епізоотичного процесу сказу. Захворюваність людей на гідрофобію реєструвалась у роки епізоотій сказу. Неприятливим фактом, щодо ризику виникнення захворювань людей на гідрофобію, є зростання серед хворих на сказ тварин питомої ваги свійських, в першу чергу котів (з 33,6 % до 52,4 % котів).

Серед тих, що звертаються за антирабічною допомогою (12,1 – 14,5) % осіб отримують призначення на антирабічне лікування, у більшості випадків внаслідок неможливості встановити ветеринарне спостереження за твариною, що нанесла укус. Кількість таких осіб не залежить від інтенсивності епізоотій. В структурі постраждалих укушені безпритульними собаками у різні роки складають від 26,7 % до 40,0 % осіб. Внаслідок отримання тяжких за локалізацією укусів (22,7 – 37,7) % осіб від тих, що отримали призначення, потребують лікування комбінованим курсом. Несвоєчасне введення антирабічного імуноглобуліну (7,2 % потерпілих розпочали лікування через сім та більше днів після отримання укусу) підвищує ризик розвитку захворювання серед даної категорії постраждалих.

Висновки. Захворювання населення Харківської області на гідрофобію обумовлено інтенсивністю епізоотичного процесу сказу (в першу чергу серед свійських тварин), незверненням або несвоєчасним зверненням населення за антирабічною допомогою. Для зменшення потенційного ризику захворювання людей на гідрофобію необхідна активізація профілактичної роботи серед населення, в першу чергу, серед мешканців сільської місцевості, та якомога повне охоплення вакцинацією свійських тварин.

Ткачев С.Н.

ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Шевченко О.С.

Введение. Самую серьёзную опасность представляет мультирезистентный туберкулёз (МРТБ), который вызывается штаммами, обладающими устойчивостью, по крайней мере, к изониазиду и рифампицину – двум основным лекарственным препаратам первого ряда, используемым в комбинированной химиотерапии. По оценкам ВОЗ в период между 2011 и 2015 гг., будет выявлено более чем 2 миллиона новых случаев заболевания МРТБ.

Материалы и методы. Были проведено ретроспективное исследование результатов устойчивости МБТ к антимикобактериальным препаратам у больных, зарегистрированных в 2012 г. в харьковской области. Методом бактериоскопии обследовано 1689 человек, из них случаи выявления кислотоустойчивых бактерий составили 47,8% (808 пациентов). Методом посева МБТ(+) выявлено в 61% случаев (1036 пациентов). Проведен тест на чувствительность к противотуберкулезным препаратам (ПТП) первого ряда (изониазиду, стрептомицину, рифампицину и этамбутолу) на 931 выделенных и идентифицированных культур *M.tuberculosis*, что составляет 89,9 % от случаев выявления МБТ(+) методом посева.

Результаты и обсуждения. Анализируя результаты теста медикаментозной чувствительности, проведенный на 931 культуре *M.tuberculosis* в 2012 году, было выявлено, что полностью чувствительные штаммы МБТ составляют 65,1%, монорезистентные штаммы – 6,3% случаев, полирезистентные штаммы - 6,3% случаев, мультирезистентные штаммы – 23,2% случаев. Выявлена устойчивость к противотуберкулезным препаратам у 325 больных, что составило 35,0% случаев, монорезистентных изолятов было 59 (18,2%), из них резистентных к изониазиду – 10 (3,1%); к рифампицину- 12 (3,7%); к этамбутолу- 0; к стрептомицину- 37 (11,4%). Полирезистентность была выявлена в 59 (18,2%) штаммах из 325 положительных результатов теста на чувствительность. Мультирезистентные штаммы были выявлены у 216 больных, что составило 66,8%. Среди 325 случаев выделенных устойчивых штаммов МБТ суммарная частота устойчивости к изониазиду составила 82,5% случаев, к рифампицину составила 75,1% случаев, к этамбутолу – 50,8% случаев, к стрептомицину - в 91,7 % случаев.

Выводы. Проведя анализ можно констатировать неблагоприятную тенденцию увеличения суммарной частоты медикаментозной устойчивости (МУ) МБТ и утяжеление ее структуры. Все чаще диагностируется устойчивость ко всем препаратам первой линии. У больных чаще выявляют мультирезистентный ТБ – в 32,0% случаев, монорезистентность встречается в 13,2% случаев и полирезистентность в 9,2% случаев.

Фоміна Л.В.

СТАН КЛІТИННОГО ТА ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра дерматології, венерології та СНІДу
Науковий керівник: проф. Дашук А.М.**

Серед алергодерматозів одним з найпоширеніших є екзема, яка зустрічається в 10-40% всіх випадків гострих і хронічних уражень шкірних покривів. В останні роки велику роль у патогенезі екземи, як й інших алергічних захворювань, надають сенсibiлізації до різних інфекційних і неінфекційних алергенів, імунологічним порушенням, в першу чергу, з боку клітинної та гуморальної ланок імунітету. Дані ж літератури щодо вираженості змін того чи іншого відділів імунної системи

суперечливі. Частково вивчена роль імунологічних порушень у ініціальних ланках патогенезу екземи. Це проявляється в першу чергу клітинним імунодефіцитом за Т-системою імунітету. Саме Т-лімфоцитарним імунодефіцитом пояснюють на даний час первинну фазу сенсibiliзації організму і/або шкіри при екземоподібних станах.

У хворих на екзему виражена дисамаглобулінемія (надлишок Ig G, Ig E і дефіцит Ig M), зменшена загальна кількість функціонально активних Т-лімфоцитів, знижена загальна кількість Т-клітин, змінене співвідношення хелперних і супресорних субпопуляцій, у зв'язку з цим кількість В-лімфоцитів збільшена. Найбільш виражена імунопатологія була виявлена у хворих – носіїв ізоантігенів А,М,Н фактора і резусу +. Придушення імунних резервів шкіри при наявності інфекційних антигенних подразників проявляється персистенцією мікробних і бактеріальних антигенів з формуванням хронічного рецидивуючого запалення в епідермісі і дермі. При цьому виникають патологічні циркулюючі імунні комплекси, які пошкоджують власні мікроструктури з утворенням серії аутоантігенів, що ініціюють формування аутоагресивних антитіл.

Тож беззаперечною є практична значущість комплексної терапії екземи із застосуванням імуномодуляторів.

Христенко Н.Е., Береговая А.А., Колганова Н.Л.
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии
Научный руководитель: д.м.н. проф. Беловол А.Н.

Эпидемия ВИЧ-инфекции/СПИДа является не только медицинской проблемой, а так же затрагивает юридическую, социальную, экономическую и другие сферы современного общества. В настоящее время ВИЧ-инфекция встречается во всех слоях населения, включая благополучные социально адаптированные, не относящиеся к «группам риска». ВИЧ-инфекция – антропоноз, источником которой является ВИЧ-инфицированный человек на всех стадиях заболевания и вирусоносители. Риск заражения при контакте с источником ВИЧ в целом оценивается как низкий, однако неоднозначен в зависимости от формы контакта. Так, при прямом переливании инфицированной крови риск заражения максимален и составляет порядка 90%, 25-35% риск заражения детей при прохождении через родовые пути ВИЧ-инфицированных матерей и только 1% инфицирования составляет половой путь. Однако, 75% больных ВИЧ-инфекцией инфицировались половым путем, и только 5 % - при переливании крови. Течение инфекции, в подавляющем большинстве случаев, тяжелое, прогрессирующее, сопровождающееся присоединением различных оппортунистических инфекций, инвазий и опухолей, и нередко вовлекающих в патологический процесс кожу и придатки кожи, таких как контагиозный моллюск, кандидоз, аспергиллез, амебиаз, фолликулиты, рецидивирующий опоясывающий лишай, саркома Капоши и др.

Вывод. Украина занимает одну из ведущих позиций по количеству ВИЧ-инфицированных в Европе, следовательно, возникает потребность поиска новых препаратов с простым режимом приёма, высоким генетическим барьером к формированию резистентности, малотоксичных. Немаловажной задачей, на сегодняшний день, является профилактика и просветительская работа во всех слоях современного общества.

Чертенко Т.Н.

**ГРИПП А (H1N1) КАЛИФОРНИЯ 2009: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ПОЛИМОРФИЗМА AG(ASP/GLY), AA(ASP/ASP)
ГЕНА TLR4**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра инфекционных болезней**

Научный руководитель-доц.,к.мед. н.Градиль Г.И.

В связи с появлением в 21 веке вирусных инфекций респираторной системы, приобретающих черты эмергентных (SARS, грипп H5N1, грипп A(H1N1) California 2009, MERS-CoV) смертность, связанная с поражением респираторной системы, остается достаточно высокой и в ближайшее время тенденция ее увеличения сохранится. Понимание биологических процессов невозможно без изучения паттерна (образца) генной экспрессии. Для достижения лучшего понимания патогенеза пандемического гриппа в настоящее время интенсивно изучаются свойства одного из важнейших компонентов врожденной иммунной системы — Toll-подобных рецепторов (TLR). TLR отвечают за распознавание определенных молекулярных структур, характерных для инфекционных агентов. Эти структуры получили название «патоген-ассоциированные молекулярные образы» или PAMP (patogen-associated molecular patterns). Экспериментальное изучение функциональности TLR- 4 мутаций и TLR- 4 дает основание связывать их наличие с уменьшением проницаемости капилляров легкого. Уровень TLR- 4 связан с продукцией иммунодепрессивных цитокинов. В этой связи актуальным является изучение функциональной характеристики генов – модификаторов иммунного ответа.

Цель работы. Изучение клинических проявлений гриппа А (H1N1), его осложнений, в зависимости от полиморфизма AG (Asp/Gly), AA(Asp/Asp гена TLR4 у этих пациентов.

Материалы и методы. Были изучены клинические данные, показатели инструментальных и лабораторных исследований 16 пациентов госпитализированных в ОКИБ г Харькова. Исследованы отмеченные полиморфизмы экспрессии гена TLR4 при помощи ПЦР. Для осуществления регистрации данных использовали программное обеспечение Microsoft Excel, для статистического анализа – критерии Стьюдента и χ^2 Пирсона.

Результаты исследований. Среди наблюдаемых пациентов было 11 мужчин и 5 женщин. Средний возраст ($M \pm m$) $30,37 \pm 2,79$ лет. РНК вируса гриппа А (H1N1sw) методом ПЦР выделена у 13 пациентов, в одном случае грипп, тяжелое течение, диагностирован клинически. День болезни при поступлении ($M \pm m$) $2,6 \pm 0,98$, длительность пребывания в стационаре ($M \pm m$) $10,5 \pm 1,3$ дня. Тяжелое течение гриппа не осложненного пневмонией наблюдалось у 2 пациентов, средней тяжести – у 13, легкое течение - у 1. В 8 случаях (50%) грипп осложнился внегоспитальной пневмонией. У этих пациентов преобладал генетический полиморфизм AG(Asp/Gly) TLR4. При поступлении в стационар у всех пациентов отмечалось повышение температуры, у большинства тахикардия ($M \pm m$) $87,8 \pm 3,29$ уд. в 1 мин. Кашель с мокротой отмечался у 6 пациентов (37,5%), длительность сухого кашля – ($M \pm m$) $4,46 \pm 1,13$ дня, боль за грудиной при кашле – у 10 пациентов (62,5%). Патогномичный симптом гриппа – боль в глазах, глазницах, надбровных дугах, наблюдался только у 3 пациентов (18,75%), грипп А (H1N1sw) не сопровождался носовыми кровотечениями, не отмечались геморрагии на слизистой ротоглотки. Обращала на себя внимание тенденция к лейкопении в клин. ан. крови - ($M \pm m$)

6,2±0,47 тыс. лц. в 1 мкл., количество лимфоцитов – (M±m) 23,4±2,62 %, низкие средние показатели СОЭ – (M±m) 10,25±1,92 мм./ч. Все пациенты получали тамифлю-150 мг/сут. У одного пациента пневмоническая инфильтрация при повторном рентгенологическом исследовании оставалась без динамики, он переведен в пульмонологическую клинику, в этом случае отмечался генетический полиморфизм AA(Asp/AspTLR4).

Выводы. 1. Клинические проявления гриппа А (H1N1) пандемического несколько отличались от таковых при сезонном гриппе. 2. При изучении средних статистических показателей наблюдалась тенденция к лейкопении в клиническом анализе крови, лимфопения при сохраненных нормальных показателях СОЭ. 3. Генетический маркер иммунной реакции, такой как вариант TLR4 полиморфизм AG(Asp/Gly), наблюдался при тяжелом течении гриппа. 4. Грипп осложнялся пневмонией у пациентов с преобладанием генетического полиморфизма AG(Asp/Gly)TLR4.

Чопорова А.И., Кохан Е.Н.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2013 ГОДА В УКРАИНЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

Актуальность. ВИЧ-инфекция это самый мощный известный фактор риска для развития туберкулеза (ТБ), число больных с ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз неуклонно растёт. Туберкулез у ВИЧ-позитивных больных протекает злокачественно, имеет склонность к генерализации и прогрессированию.

Цель исследования. Провести анализ статистических данных заболеваемости ко-инфекцией ВИЧ/туберкулёз по материалам Госстата Украины за первое полугодие 2013 года в сравнении с аналогичным периодом 2012 года.

Материалы и методы. Случаев ко-инфекции ВИЧ/ТБ в 2012 выявлено 2287, в сравнении с 2013 годом – 2276, в среднем 5 человек на 100 тыс. населения. Области с наибольшим распространением ко-инфекции ВИЧ/ТБ: Донецкая, Днепропетровская, Одесская, Николаевская, Киев, АР Крым. Наименьшая распространенность ко-инфекции ВИЧ/ТБ (1 человек на 100 тыс. населения) зарегистрировано в Закарпатской, Ивано-Франковской областях. Неуклонный рост случаев ТБ с расширенной резистентностью МБТ к противотуберкулёзным препаратам (ППП) поставил под угрозу возможность преодоления эпидемии ТБ. Согласно прогнозу НИИ фтизиатрии и пульмонологии имени Феофила Яновского, если рост устойчивого к лекарствам ТБ и ВИЧ-инфекции не остановить, через 10 лет смертность от болезни может вырасти в 2,5 раза.

Обсуждения и выводы. Следовательно, необходимо совершенствовать создание новых эффективных антиретровирусных препаратов, наладить раннюю диагностику ВИЧ - инфицированных, вести неустанную борьбу с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в борьбе за здоровую нацию.

Чопорова О.И., Бибик В.М., Соина К.В.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии**

Актуальность. Среди форм внелегочного туберкулёза туберкулёз кожи (ТК) занимает одно из первых мест по распространённости среди населения. Большинство пациентов, которые имеют на коже различные высыпания и покраснения не идут за помощью к специалистам, а лечатся самостоятельно. По этой причине, если имеются

тяжёлые заболевания кожи, в том числе и туберкулёз, несвоевременное выявление приводит к осложнению течения заболевания и длительному лечению.

Материалы и методы. Были проанализирована распространенность ТК по данным обращения 110 пациентов Харьковской области за 2012 год к специалистам по поводу различных жалоб.

Результаты. Из 110 лиц, обратившихся в дерматологическое отделение, 24 пациента были направлены во фтизиатрический диспансер с целью подтверждения диагноза - ТК. При проведении комплекса обязательных диагностических методов (посев материала на микобактерии туберкулеза, биопсия материала с гистологическим исследованием) было выявлено у 40% пациентов – туберкулёзная волчанка, у 25% – язвенный ТК и слизистых, по 15% – бородавчатый и папуло-некротический ТК. Ещё 5 % больным ошибочно был поставлен диагноз ТК, тогда как имели место розовые угри, актиномикоз и бородавчатая форма красного плоского лишая. Такие формы как индуративная эритема Базена и лихеноидный лишай – не выявлены. Только у 2% больных заболевание носило затяжной характер, своевременно не выявленный. В процессе лечения наблюдалась положительная динамика.

Выводы. Туберкулёз кожи сложно дифференцируемое заболевание. В результате своевременного обращения и адекватного лечения у пациентов наблюдалась улучшение состояния больных со скорым выздоровлением.

Чопорова О.І., Орлова М.О., Лук'янова Є.М.

СИНДРОМ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Харківський національний медичний університет, кафедра фтизіатрії та пульмонології

Актуальність. ВІЛ-інфекція і туберкульоз (ТБ) – одні з провідних причин захворюваності та смертності в усьому світі. Туберкульоз є виліковним захворюванням, натомість ВІЛ-інфекція залишається в списку хвороб, лікування яких лише подовжує тривалість життя пацієнтів. Антиретровірусна терапія (АРТ) є шляхом до життя ВІЛ-позитивних людей, але у 8-46,8% стає причиною розвитку синдрому відновлення імунної системи (СВІС) внаслідок надмірної активації імунної системи по відношенню до персистуючих та життєздатних збудників, летальності від 3,2% до 4,6%.

Мета дослідження: проаналізувати особливості розвитку та перебігу СВІС після початку АРТ на прикладі клінічного випадку.

Матеріали і методи. Обстежений хворий Б., 34 років, інфікований вірусом імунодефіциту статевим шляхом. ВІЛ-позитивний статус з 2010 року. У січні 2013 почав отримувати АРТ-терапію (ламівудин, зидовудін, ефавіренз) внаслідок значного зниження Т-клітинного імунитету – кількість CD₄- клітин становила 42кл/мм³(5%). Клінічно у хворого були прояви кандидозу ротової порожнини. При флюорографічному обстеженні змін з боку легень не виявлено. Через 2 місяці стан хворого різко погіршився – з'явилась стійка фебрильна температура, виражена пітливість (особливо вночі), погіршився апетит, загальна слабкість, згодом з'явився незначний кашель. Виявлено збільшення та болючість задньошийних лімфатичних вузлів при пальпації, незначна гіперемія шкіри над ними. Загальний аналіз крові: виражений зсув лейкоцитарної формули вліво з появою юних форм (полічкоядерні нейтрофіли – 16%, метаміелоцити – 3%), зростання швидкості осідання еритроцитів (40мм/год.) Запідозрено «демаскування» латентної туберкульозної інфекції внаслідок швидкої реактивації імунної відповіді. Рентгенологічне дослідження та повторне визначення кількості Т-хелперів стали підтвердженням даної гіпотези: на

рентгенограмі органів грудної клітки (РОГК) виявлено інфільтрацію легеневої тканини верхньої частки правої легені з розпадом та збільшення внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Кількість CD₄- лімфоцитів стрімко зросла протягом 2 місяців АРТ-терапії й становила 93 кл/мм³ (12%). Мікроскопічно і культурально в харкотинні хворого виявлено мікабактерії туберкульозу. Було розпочато лікування з приводу інфільтративного туберкульозу верхньої частки правої легені та туберкульозу внутрішньогрудних і периферичних лімфатичних вузлів за 1 категорією у Харківському обласному протитуберкульозному диспансері. АРТ-терапія була тимчасово відмінена на період значного підвищення температури, та згодом відновлена. Пацієнт успішно завершив лікування туберкульозу та продовжив прийом антиретровірусних препаратів.

Висновки. Даний випадок є яскравим прикладом СВІС у вигляді «демаскування» інфекції, яка на тлі значного зниження імунного опору була інаперцептна. Ризик СВІС є найвищим при рівні CD₄ меншому за 50 клітин/мкл та короткому терміні протитуберкульозного лікування перед початком АРТ. Діагностично важливою була РОГК, так як саме ТБ найчастіше є причиною розвитку СВІС.

Шенько А.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ СЛУЧАЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии**

Научный руководитель – асс. Макарова В.И.

Актуальность. Вирусный гепатит В (ГВ) относится к широко распространенным инфекциям с неравномерным распределением случаев по территориям и среди различных групп населения, с преобладанием хронических форм ГВ над острыми и формированием цирроза печени и первичной гепатоцеллюлярной карциномы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 57 % случаев цирроза печени и 78 % случаев первичного рака печени связаны с ГВ. Кроме того, данная инфекционная патология наносит значительный экономический ущерб, обусловленный стоимостью и длительностью лечения, которое при хронической форме ГВ может продолжаться всю жизнь, что также определяет актуальность данной инфекционной болезни для здравоохранения многих стран мира с различным уровнем социального и экономического развития.

Цель: оценить экономический ущерб вирусного гепатита В, основанный на стоимости противовирусного лечения и реабилитации случая ГВ.

Материалы и методы: нами было рассчитана стоимость противовирусного лечения случая ГВ, в соответствии с действующим в Украине протоколом № 271 от 13.06.2005 г., регламентирующим оказание медицинской помощи при данном заболевании с учетом последующей реабилитации (далее – протокол).

Результаты. Экономический ущерб от инфекционной болезни составляют два показателя — прямой, к которому относится сумма расходов на оказание медицинской помощи и косвенный, т.е. расходы, понесенные государством от потери трудоспособности, инвалидизации, преждевременной смерти людей от данного заболевания. Согласно протоколу об оказании медицинской помощи больным вирусными гепатитами рекомендована интерферонотерапия. Интерферон- α (ИНФ – α) является препаратом с доказанной эффективностью при лечении вирусных гепатитов. Согласно современным исследованиям наилучший результат дают рекомбинантные ИНФ-α, производимые в виде коммерческих препаратов пегасис и

пегинтрон. Эти препараты назначают в дозе от 3 до 10 млн МЕ 1 раз в неделю в течение 6 месяцев. В Украине препараты пегасис 180 от компании Рош и пегинтрон 100 от компании Шеринг-Плау стоят около 2900 грн (одна инъекция). На курс необходимо минимум 24 инъекции, что составляет 69600 грн. Применяют также аналоги нуклеозидов — это группа средств, проявляющих свое действие в отношении генома вируса ГВ. К препаратам этой группы относится ламивудин (зеффикс), который назначается в дозе 100 мг 1 раз в день в течение 12 недель. Цена 1 упаковки препарата Зеффикс фирмы GlaxoSmithKline Export (Великобритания) составляет 323.75 грн, курс лечения для одного пациента будет стоить 1943 грн. Кроме того, больному ГВ рекомендуется придерживаться диеты № 5 по Певзнеру, при этом стоимость суточного рациона будет составлять около 50 грн в сутки для одного больного, а в течение пребывания в стационаре — 8400 грн.

Также для последующей реабилитации реконвалесцентам после ГВ рекомендовано санаторно-курортное лечение — курорты Закарпатья, Карловы Вары. Средняя стоимость лечения в санаториях Закарпатья составляет 258 грн/сут., в г. Карловы Вары — 1045 грн/сут. Длительность реабилитации 21 день, стоимость которой составит от 5418 грн. до 21945 грн.

Выводы. Таким образом, предварительная оценка экономического ущерба, связанного с противовирусным лечением одного случая ГВ и последующей реабилитацией, составляет от 85367 грн. до 101894 грн. Проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости ГВ позволит предотвратить значительный экономический ущерб от заболеваемости данной инфекционной болезнью.

Шукаль Е.Ю.

РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Научный руководитель: проф. Шевченко О.С.

Украина в настоящее время относится к числу стран, в которых проблема туберкулеза и ВИЧ-инфекции стоит наиболее остро. Инфицирование *Mycobacterium tuberculosis* смещается в младшие возрастные группы. Распространенность туберкулеза среди детей и подростков на Украине возросла за последние 15 лет более чем в 3-4 раза. Туберкулез является важнейшей суперинфекцией у ВИЧ-инфицированных в Украине. Неутешительные прогнозы в отношении эпидемии ВИЧ-инфекции и туберкулеза подчеркивают актуальность изучения данной проблемы в детском возрасте. ВИЧ-инфекция увеличивает естественную тяжесть течения туберкулеза, сочетанная инфекция приводит к более раннему развитию и прогрессированию клинически выраженных форм туберкулеза. Заражение детей чаще всего происходит через плаценту, при этом вирус СПИДа в отличие от других ретровирусов не передается потомству в виде вставки в геном, а проникает в плод непосредственно с кровью матери в процессе беременности и родов. Состояние клеточного иммунитета при присоединении туберкулеза характеризуется значительным снижением абсолютного и относительного количества CD4+-лимфоцитов, ключевым звеном в патогенезе, клинике и прогрессировании ВИЧ-инфекции является неуклонно углубляющееся нарушение функций иммунной

системы, изучение параметров иммунитета в динамике течения заболевания имеет важное значение, так как определяет тактику лечения и прогноз развития патологии.

Клиническая картина и течение туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией зависят от стадии ВИЧ инфекции и определяются глубиной Т -клеточного иммунодефицита. Также, клиническое течение ВИЧ—инфекции зависит от путей инфицирования: более раннее инфицирование в период внутриутробного развития приводит даже к гибели плода. Кроме того, такие дети рождаются ослабленными, с явными признаками недоразвитости. Заражение во время родов приводит к более позднему появлению признаков инфицирования. Профилактика туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, включает комплекс мероприятий, направленных на предотвращение инфицирования *Mycobacterium tuberculosis* и перехода инфицирования в заболевание туберкулезом, но в связи с повышенным риском развития осложнений вакцинации на фоне сниженного иммунитета, было запрещено проводить вакцинацию БЦЖ детям из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции до тех пор, пока не будет исключена ВИЧ-инфекция, то есть до полутора лет. Все дети с перинатальной ВИЧ-инфекцией составляют группу риска по развитию у них туберкулеза вследствие частого эпидемиологического окружения высокой опасности, низкого охвата вакцинацией БЦЖ детей из перинатального контакта по ВИЧ инфекции и развитию иммунодефицита.

Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди детей в Харьковской области позволяет констатировать, что, несмотря на снижение показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза, уровень заболеваемости туберкулезом у детей инфицированных ВИЧ, остается высоким. Наиболее уязвимой группой являются дети в возрасте до 5 лет (69,3 % от общего числа детей с ВИЧ/ТБ). Более чем в 50 % случаев причиной летального исхода больных ВИЧ/ТБ детей является туберкулез. Доказано, что ВИЧ приводит к гибели и поражает клетки, играющие основную роль в защите организма от туберкулеза. Их уменьшение в человеческом организме значительно нарушает клеточный иммунитет. Этот фактор является одним из объясняющих причину нередкого сочетания ВИЧ инфекции и туберкулеза у детей.

ПСИХІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Бородавко О.О.

ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ДОВІРИ ДО ЛІКАРЯ У ХВОРИХ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
відділ медичної психології**

Науковий керівник: д. псих.н., проф. Шестопалова Л.Ф.

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної медичної психології є вивчення складної системи взаємин між лікарем і пацієнтом, що складається в ході лікувально-реабілітаційного процесу, особливо такого значущого параметра їх комунікації, як довіра. Базуючись на результатах власних досліджень та аналізі літературних джерел, ми розглядали феномен довіри в системі взаємин «лікар – пацієнт» у двох аспектах. По-перше, як інституціональну довіру, тобто ставлення особистості до соціальних ролей «лікар» і «пацієнт»; загальну установку на довіру до представників цих соціальних ролей та інституту охорони здоров'я в цілому (у пацієнтів). По-друге, як специфічну форму міжособистісної довіри, що складається під час лікувально-реабілітаційного процесу у хворих та медичних спеціалістів і має певні рівневі та змістовні характеристики. Було обстежено 103 хворих: 54 пацієнти з неврологічними (НР) та 49 хворих з психічними (ПР) розладами. Застосовувались такі психодіагностичні методики: «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар – пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2011), 16-факторний опитувальник Р. Кеттелла (16 PF) (форма С) (адаптація І. М. Палея, А. Н. Капустіної, Л. В. Мургулець та ін. 1972), опитувальник «WCQ» для визначення копінг-стратегій (адаптація Т. Л. Крюкової, Є. В. Куфтяк, 2007), методики «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК) (Є. Ф. Бажин, Є. А. Голинкіна, О. М. Еткінд, 1984), «Емоційний інтелект» (Д. В. Люсін, 2009), «Діагностика рівня емпатійних здібностей» (В. В. Бойко, 1996), «Спрямованість особистості у спілкуванні» (С. Л. Братченко, 1997), «Тип ставлення до хвороби» (А. Є. Личко, Л. Й. Вассерман, Б. В. Іовлев, 1987). За даними дослідження, у 62,65% хворих відзначається високий рівень довіри до лікаря, у 22,89% – помірний та у 14,46% – низький. Визначено основні типи довіри до медичного спеціаліста у цих пацієнтів, а саме – ідеалістичний (36,15%), емоційний (21,69%), раціоналістичний (13,25%), інтегративний (13,25%), індиферентний (12,05%) та амбівалентний (3,61%). Для визначення індивідуально-психологічних чинників, значущих для формування довіри до лікаря, у хворих було проаналізовано особистісні властивості, особливості копінг-стратегій, емоційного інтелекту, емпатійних здібностей, комунікативних установок (КУ), а також типу ставлення до захворювання (ТСЗ) залежно від рівня та типу їх довіри до лікаря. Підвищенню рівня довіри до лікаря сприяє схильність пацієнтів до пошуку соціальної підтримки в кризовій ситуації ($r_s=0,55$, $p\leq 0,01$); розвиненість їх емпатійних здібностей ($r_s=0,31$, $p\leq 0,01$); альтероцентристська КУ ($r_s=0,44$, $p\leq 0,01$); комунікабельність ($r_s=0,61$, $p\leq 0,01$); довірливість ($r_s=0,51$, $p\leq 0,01$); ригідність ($r_s=0,48$, $p\leq 0,01$) і конформізм ($r_s=0,44$, $p\leq 0,01$); тривожний ($r_s=0,51$, $p\leq 0,01$) і сензитивний ($r_s=0,48$, $p\leq 0,01$) ТСЗ. Зменшення рівня довіри пов'язане з вираженістю дезадаптивних копінг-стратегій ($r_s=-0,47$, $p\leq 0,01$); авторитарною КУ ($r_s=-0,58$, $p\leq 0,01$); замкненістю ($r_s=-0,61$, $p\leq 0,01$); підозрілістю ($r_s=-0,51$, $p\leq 0,01$); радикалізмом ($r_s=-0,48$, $p\leq 0,01$); нонконформізмом ($r_s=-0,44$, $p\leq 0,01$); а також

паранойяльним ($r_s = -0,42$, $p \leq 0,01$) і дисфоричним ($r_s = -0,46$, $p \leq 0,01$) ТСЗ. Встановлення інтегративного типу довіри пацієнтів до лікаря пов'язане з гнучкістю їх комунікативного стилю, широким діапазоном конструктивних копінг-стратегій, здатністю розмежовувати власну відповідальність та відповідальність лікаря за результати лікування, високим рівнем когнітивної продуктивності та гармонійним ТСЗ. Найбільш загальними індивідуально-психологічними чинниками формування інших типів довіри є ригідність комунікативного стилю, обмеженість діапазону копінг-стратегій, диспропорція системи відповідальності, дезадаптивні ТСЗ та низький рівень когнітивної продуктивності. Отримані результати можуть бути використані при розробці психокорекційних заходів для хворих на НР та ПР, спрямованих на оптимізацію їх взаємин з лікарем.

Денисенко М.М.

ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ПОРОГОВИХ ТА ПІДПОРОГОВИХ СТИМУЛІВ ПРИ ТАХІСТОСКОПІЧНІЙ ДЕМОНСТРАЦІЇ

ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України",

відділ невідкладної психіатрії та наркології

Науковий керівник: д.м.н., проф. Бачеріков А.М.

За даними Європейського регіонального бюро МОЗ у 70% хворих на депресивний розлад спостерігаються суїцидальні думки, а 30-50% хворих скоюють суїцидальні спроби, при цьому частота завершених суїцидів становить від 5 до 15 відсотків. Відомо, що тільки 40% хворих на депресію отримують належну спеціалізовану допомогу. Встановлено також, що тільки 24% суїцидальних спроб реєструються у полі зору професійної системи охорони здоров'я. Це становище зумовлено недостатньою спроможністю лікарів (насамперед первинної допомоги) своєчасно діагностувати депресивні розлади і, тим більш, виявляти суїцидальні наміри своїх пацієнтів. Останнє завдання додатково ускладнюється тим, що хворі, які збираються скоїти суїцид, часто застосовують "цензуру свідомості" і свідомо приховують свої наміри, що істотно обмежує діагностичні можливості опитувальників та інших скринінг-методів виявлення суїцидальної активності, які можуть бути використані у закладах первинної медичної допомоги.

Метою нашого дослідження було визначення оптимальних умов подання підпорогових візуальних стимулів (тривалість, інтенсивність, зміст), що будуть використовуватися в методиках сублімінальної (підсвідомої) психодіагностики та психокорекції.

У відповідності до мети дослідження в роботі визначення оптимальних умов подання підпорогових візуальних стимулів (тривалість, інтенсивність, зміст), що використовуватися в методиках сублімінальної (підсвідомої) психодіагностики та психокорекції проводилося на особах без психічних розладів. Обстеження проводилось серед медичних працівників та студентів.

Було обстежено 62 психічно здорові особи, загальною кількістю у 186 сеансів. Обстежено 62 особи (186 сеансів) Які були умовно розділені на 2 групи (до 30 років та після 30 років). У групі до 30 років, середній вік становив 18,44 роки, після 30 років – 39,88 роки. При розподілі проведених сеансів за часом визначення позиції та значення слова при його тахістоскопічній демонстрації встановлено, що час визначення позиції слова у більшості випадків становив приблизно 10 мс. (85 сенсів), менше – 20 мс. (34 сеанси). У той час, як час впевненого визначення слова спостерігалось у більшості випадків на 30 мс. (51 сеанс), менше на 50 мс. (32 сеанси).

Ці данні свідчать про те, що порог впевненого впізнавання знаходиться поза 20 мс. У той час, як визначення позиції слова частіше спостерігався на 10 мс.

Час визначення позиції слова становив $24,03 \pm 1,89$ мс. У групі до 30 років становив $18,19 \pm 1,30$ мс., у групі після 30 років $29,62 \pm 3,74$, що є достовірно більшим ($p < 0,05$). Час впевненого визначення позиції слова становив $27,63 \pm 2,01$ мс. У групі до 30 років становив $21,99 \pm 1,59$ мс., у групі після 30 років - $32,95 \pm 3,94$ мс., що також є достовірно більшим ($p < 0,05$). Час визначення значення слова становив $44,19 \pm 2,78$ мс. Час впевненого визначення значення слова $49,57 \pm 2,40$ мс. Різниця (III-I), мс. становила $20,16 \pm 2,03$, Різниця (IV-II), мс. - $21,94 \pm 2,09$. Було встановлено, що більш дорослі за віком люди, повільніше визначали місцезнаходження слова та його зміст. За усіма іншими показниками, чіткої різниці у виконанні не було, але у цілому, зрілі люди виконували завдання краще ні молоді. Так, час визначення позиції слова перевищував в 1,74 рази, час впевненого визначення позиції слова – в 1,5 рази, час визначення значення слова – в 1,24 рази, час впевненого визначення слова складав у 1.16 рази. Це свідчить, що у більш дорослих за віком людей, спостерігається більший набір асоціативних зв'язків ні у більш молодій частини обстежених.

Як показують дані таблиці, коефіцієнт кореляції між віком та часом визначення позиції слова складав +0,50, часом впевненого визначення позиції слова +0,42, часом визначення слова +0,40, часом впевненого визначення значення слова +0,32.

При проведенні аналізу за кількістю сеансів встановлено середнє значення мс. Середній час впевненого визначення позиції слова та впевненого визначення його значення, складає 30 мс. Саме такий у середньому час був потрібен більшості обстежених для впевненого визначення позиції та значення слова. Також можна помітити, що у більшості сеансів час впевненого визначення значення слова спостерігався з 30 мс. по 70 мс., а впевнене визначення позиції слова відбувалося значно раніше з 10 мс. до 30 мс. При аналізі розподіл проведених сеансів за різницею у часі визначення позиції та значення слова, а також за різницею у часі впевненого визначення позиції та значення слова при його тахістоскопічній демонстрації, було встановлено, що у більшій кількості сеансів, визначення позиції та значення слова, при експозиції від 0 мс до 20 мс. спостерігалось частіше аніж впевненого визначення позиції та значення слова. При експозиції у 30 мс. починає домінувати, у більшій кількості сеансів, впевненість у визначенні позиції та значення слова.

Результатами нашої роботи стало створено необхідне підґрунтя для встановлення механізмів сприйняття підпорогових візуальних стимулів і особливості реагування на них хворих на афективні розлади з проявами суїцидальної активності, а також практично здорових осіб.

Зеленская Е.А.

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Харьковский государственный медицинский университет, кафедра
психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель – д.м.н., проф. Кожина А.М.**

Проблема депрессивных расстройств является одной из актуальных для теории и практики современной медицины.

Цель исследования оптимизация терапевтических подходов к коррекции депрессивных расстройств сопровождающихся суицидальным поведением у лиц молодого возраста.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 75 больных обоего пола возрасте 17 – 35 лет, совершивших суицидальную попытку и находящихся на обследовании и лечении в психиатрических отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3.

Как показали результаты исследования в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются подавленность настроения - 79,5% обследованных и аффект тоски (скука, уныние, грусть, печаль) - 44,6%, астенические симптомы (повышенная утомляемость, слабость, вялость, раздражительность при напряжении и утомлении, повышенная восприимчивость к ранее нейтральным раздражителям, трудность в концентрации внимания, повышенная истощаемость внимания, трудность в запоминании текущих событий) - 35,7%, а также различные тревожные проявления (внутренне напряжение с невозможностью расслабиться, различного рода страхи, немотивированное беспокойство, тревога) - 68,9%. В ряде случаев отмечались кратковременные бурные реакции на незначительные эмоциональные события - 36,9%, несоответствие эмоциональных реакций ситуации - 25,1%. Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегето-висцеральными расстройствами - 68,7% обследованных.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери-Айсберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,3% случаев, неврастенический 38,9% и тревожно-тоскливый в 16,8% случаев. Результаты проведенных нами биохимических исследований показали, что у обследованных наблюдается повышение концентрации серотонина в крови и уменьшение уровня мелатонина в плазме крови. У лиц с высокими значениями бала депрессии по диагностическим шкалами показано наибольшее повышение концентрации серотонина в крови и наиболее низкий уровень мелатонина в плазме крови. Показательным было значительное снижение соотношения мелатонин/серотонин в группе пациентов с высоким уровнем депрессии, которое статистически достоверно отличалось от аналогичного показателя у здоровых лиц и у пациентов с баллом депрессии меньшим чем 13 по Шкале Гамильтона.

Базируясь на полученных в ходе работы данных нами разработана патогенетически обоснованная система коррекции депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, включающая в себя применение комплексных психокоррекционных программ, в сочетании с медикаментозной коррекцией.

Ильяшенко Н.Н.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В АНАМНЕЗЕ КАК ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ МАРКЕР ТЯЖЕЛОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

**Харьковский государственный медицинский университет, кафедра
психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

Научный руководитель – Зеленская Е.А.

Актуальность темы: Самоубийство – одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует человек. Сознательное самоубийство присуще одному лишь человеку, и оно не может считаться продуктом новейшей цивилизации. Известно, что в доисторические времена самоубийство носило чисто прагматическую социальную функцию и

помогало выживанию рода и племени. На протяжении последующей истории человечества менялись и усложнялись мотивы и способы самоубийств. В современное время уровень и динамика самоубийств – один из самых наглядных индикаторов социально-экономического благополучия или неблагополучия общества. Сейчас самоубийства среди молодых людей являются серьезной проблемой в целом и в частности для психологов, социальных педагогов и учителей. В этом и кроется актуальность данной проблемы.

Цель исследования: Настоящее исследование нацелено на проверку предположения о том, что множественные суицидальные попытки служат признаком более тяжелой клинической симптоматики, чем единственная попытка.

Материалы и методы исследования: Наше исследование проводилось на базе кафедры психиатрии, наркологии и мед.психологии ХНМУ. Все пациенты с единственной ($n = 39$) и с множественными суицидальными попытками ($n = 114$) в анамнезе, обратившиеся в отделение неотложной помощи больницы сразу после суицидальной попытки, заполняли анкеты. Кроме того, с ними проводились клинические беседы. Полученные результаты показали, что у лиц с множественными суицидальными попытками, по сравнению с теми, кто совершил одну суицидальную попытку, происходили более опасные события в их жизни (напр., в анамнезе жестокое обращение в детском возрасте, данные о случаях самоубийства в семье), отмечались более выраженные проявления суицидального поведения (напр., суицидальные идеи), тяжелая психопатологическая симптоматика (депрессия, злоупотребление психоактивными веществами) и более неблагоприятные межличностные отношения. Различия между группами сохранялись даже после внесения поправки на пограничное расстройство личности.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у лиц с множественными суицидальными попытками отмечаются более выраженные проявления суицидального поведения, трудности в межличностных отношениях и более тяжелая психопатологическая симптоматика. Кроме того, они чаще сообщают о более опасных событиях в прошлой жизни, чем те, кто совершил единственную суицидальную попытку. Более того, эти различия нельзя объяснить диагнозом “пограничное расстройство личности”. Полученные результаты также показывают, что выяснение количества предпринятых суицидальных попыток — простой, но мощный метод оценки степени риска и выраженности психопатологической симптоматики.

Коваленко В. А.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель – к.м.н. Черкасова А.А.

Актуальность: В последние годы возобновился большой интерес к плацебо-эффекту. Причины: активное использование методов нейровизуализации, улучшение клинической картины в группах «плацебо», участвующих в испытаниях эффективности антидепрессантов, а также возрастающий интерес общественности и исследователей к альтернативной медицине. Однако в течение последних 50 лет эффекты плацебо остаются неразгаданным феноменом медицинской науки.

Цель исследования: определить целесообразность применения плацебо-эффекта в психиатрии, изучить историю плацебо-эффекта, дать его определение, проанализировать предполагаемые механизмы действия и эффективность в связи с психиатрией.

Материалы и методы: Для исследования была собрана информация путем методического и комплексного поиска в нескольких базах данных, поиска библиографии, а также используя консультации специалистов на базе кафедры психиатрии, наркологии и мед.психологии ХНМУ.

Результаты: Несмотря на регулярные ссылки на плацебо-препараты, они и их эффекты практически не поддаются определению. Некоторые прагматически утверждают, что плацебо-эффект — это «лечебный эффект приема плацебо» или «любой эффект, приписываемый таблетке, снадобью или процедуре, но не их фармакодинамическим или специфическим свойствам». Также определяют плацебо-эффект, ссылаясь на его предполагаемые основные механизмы действия, например, на ожидаемый результат, перенос и обусловливание. Впервые плацебо-эффект был научно подтвержден Beecher (1955), который установил, что во время Второй мировой войны у солдат отмечался обезболивающий эффект соли (которую давали вместо морфина, поскольку его запасы исчерпались). Проведенный им клинический анализ, как правило, неконтролируемых исследований по изучению обезболивающего действия плацебо показал, что 30% клинического эффекта можно было бы приписать плацебо-эффекту. С тех пор в различных исследованиях стремились количественно оценить этот эффект. Однако, консенсус в отношении величины эффекта практически не достигнут. Эффект терапевтической встречи, снижающей уровень тревоги, считается первичным механизмом, лежащим в основе плацебо-эффекта. То, что плацебо-эффект обычно соответствует прежним убеждениям человека в отношении вмешательства, свидетельствует о том, что ожидание может также лежать в основе эффекта. Однако в большинстве исследований прямая связь между ожидаемым и фактическим результатами не изучалась. Некоторые исследования показали, что прием плацебо после активного лечения имеет терапевтическое значение, например, в предотвращении рецидива шизофрении. Было наглядно продемонстрировано, что плацебо-кофеин, плацебо-никотин и плацебо-алкоголь дают клинические эффекты. Отмечают параллели между реакцией на плацебо и классическим условным рефлексом. И то и другое со временем угасает, отмечается генерализация стимулов, кроме того, условная реакция менее выраженная, чем безусловная. Это означает, что бессознательные физиологические реакции на плацебо, например влияющие на эндокринную систему, могут опосредоваться обусловливанием; однако сознательные реакции на плацебо, например боль и двигательная активность, могут опосредоваться ожиданием, которое может “превзойти” выработанные ранее условные процессы. Вероятно, все эти механизмы могут представлять один и тот же процесс, концентрирующийся на разных аспектах, особенно в отношении уровней полного осознания.

Выводы: Исследование плацебо-эффекта подтвердило, что он является чрезвычайно сложным феноменом, включающим в себя сложные взаимодействия сознательных и бессознательных психосоциальных процессов. Необходимо провести больше исследований, чтобы прояснить роль особенностей личности и роль ожидания в плацебо-эффекте. Только в этом случае возможно будет определить категории пациентов (учитывая диагноз и личностные качества), чувствительных к плацебо-терапии. А, следовательно, можно будет говорить о целесообразности метода.

Коровина Л.Д.
ОСОБЕННОСТИ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПОДХОДА В ТЕРАПИИ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С СОПУТСТВУЮЩИМ
АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра
психиатрии, наркологии и медицинской психологии.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Синайко В.М.

Клинические проявления шизофрении на современном этапе развития относят к позитивным, негативным (первичным и вторичным), когнитивным группам. Позитивные – определяют формы, а негативные и когнитивные – конечные (дефектные) состояния и уровень ресоциализации и реадaptации больных. С накоплением опыта применения атипичных антипсихотиков, появилось мнение, что они могут благотворно влиять именно на вторичные дефицитарные симптомы: социальную отстраненность, депрессивные, гипокINETические расстройства.

В исследовании приняли участие 34 женщины, больные параноидной шизофренией с сопутствующим абдоминальным ожирением, находившиеся на стационарном лечении в ХОКПБ №3. В работе использовались клинИко-психопатологический, психо-диагностический (PANSS) методы; психообразовательная программа, как психо-реабилитационное воздействие.

Все больные выявляли галлюцинаторно-параноидную симптоматику, депрессивные симптомы (апатический тип), значимый уровень активной социальной отстраненности, низкую двигательную активность, в некоторых случаях ограничивающуюся пассивной подчиняемостью. Результаты клинИко-психопатологического исследования подтверждались результатами методики PANSS.

После комплексного воздействия, включавшего в себя антипсихотикотерапию препаратами второго поколения и направленного, преимущественно на вторичные негативные симптомы, психообразовательного воздействия, выбранный подход показал свою эффективность. Весь контингент находился в стадии клинИческой ремиссии. Позитивную психопатологическую симптоматику не выявляла не одна из пациенток. Первичные негативные симптомы не претерпели значимой динамики, в отличие от вторичных. Значимо снизился уровень апатии, депрессии, гипокИнезии, а как следствие, социальной отстраненности, что подтверждает правильность выбранной терапевтической тактики.

Кришталь В.Е., Кришталь А.А.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра
психиатрии, наркологии и медицинской психологии.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Кожина А.М.

Реабилитация психически больных не ограничивается устранением психопатологической симптоматики и должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности - в современных условиях эта проблема приобретает особую важность.

Вышеизложенное определило актуальность нашей работы цель которой – оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных шизофренией и разработка оптимальных методов ее применения

Материал и методы: Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное обследование 95 больных, обоего пола, возрасте 18 – 45 лет с установленным диагнозом шизофрении в периоде стабилизации состояния в комплексной терапии, которых наряду с использованием психофармакотерапии была использована психообразовательная программа.

Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, с количеством участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состоял из 10 - 12 занятий, продолжительностью 1,5 – 2,0 часа с частотой 1 - 2 раза в неделю.

Результаты и обсуждение: В ходе работы нами при помощи специально разработанной анкеты было проведено изучение особенностей информационного дефицита, касающегося многих вопросов, связанных с психическими расстройствами среди больных шизофренией и их родственников. Как показали результаты исследования наиболее важной является достоверная информация о причинах возникновения психических заболеваний; распознавании признаков обострения и необходимая в случае его возникновения помощь; лекарства, используемые для лечения шизофрении, механизмы их действия, возможные побочные эффекты; юридические аспекты, связанные с психическим заболеванием; механизмы преодоления стресса. Для решения поставленных задач мы использовали интегративную модель психообразовательной работы включавшую в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых воздействий, проблемно ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию. Согласно полученным в ходе работы данным на фоне проводимой комплексной терапии отмечается быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитивных показателей, повышение психофизической активности больных, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим. По шкале PANSS отмечалась четкая положительная динамика показателей шкалы социально-ориентированного и социального функционирования.

Таким образом, как показали результаты исследования комплексный подход в терапии шизофрении включающий в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Что в свою очередь свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.

Кришталь В.Е., Петюнин П.А.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА С СЕКСУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель – доц., к.м.н. Хаустов М.Н.

Цель. Целью данного исследования является повышение эффективности терапии пациентов с сексуальными нарушениями при невротических расстройствах путем установления взаимосвязи психопатологических и сексуальных нарушений.

Матеріали. В дослідженні брало участь 43 пацієнта, з яких у 27 був діагностований синдром тривожного очікування сексуальної невдачі (СТООН) і у 16 - коїтофобія.

Результати. Терапія СТООН у чоловіків починалась з психотерапевтичних заходів: раціональної і косвенної психотерапії, сімейної терапії, подружньої секс - терапії. В якості допоміжного фактора були використані препарати "Тритіко", "Афобазол", "Сонапакс", "Лірика", "Гідазепам". Для лікування пацієнтів з коїтофобією основне місце брало лікування антидепресантами і транквілізаторами. Медикаментозна терапія проводилась в формі курсів транквілізаторів і антидепресантів в мінімальних дозуваннях, тривалістю не менше 6 тижнів. В якості препаратів вибору були призначені "Велаксин", "Феварин", "Ауриорікс", "Кассадан", "Грандаксин", "Лірика" і "Гідазепам". При наявності у пацієнтів сексуальної партнерші за 30-40 хвилин до можливого статевих актів призначали фітоседативне засіб – "Новопассит". Допоміжним фактором в лікуванні була психотерапія, направлена на стабілізацію настрою, зняття афективних проявів, зменшення рівня obsesій, зміну установок в області інтимних відносин, побудови стратегії і тактики взаємовідносин з протилежним статем.

Висновки. 1. Сексуальні порушення в межах невротических розладів (тривожно-фобіческе розлад, obsesивно-компульсивне розлад) у чоловіків клінічно проявляються в формі синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі і коїтофобії. 2. У пацієнтів чоловічої статі, страждаючих сексуальними порушеннями в межах невротических розладів, виявлені певні особливості особистості: тривожність, мнительність, схильність до формування нав'язливих мислей. 3. На проявлення сексуальних порушень в межах невротических розладів у чоловіків має значення співвідношення особливостей особистості і статевих конституцій: при вираженій тривожності, самовнушаємості формування розладу відбувається при мінімальному психогенному впливі. 4. Комплексне лікування сексуальних порушень у чоловіків в межах невротических розладів включає лікування основного захворювання і лікування безпосередньо порушень сексуальної сфери, для цього використовуються сучасні методи психотерапії і сучасні медикаментозні методи.

Лакинський Р.В.

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ЕКЗОГЕННИМИ ТА ЕНДОГЕННИМИ ДЕПРЕСІЯМИ,
ЩО СКОЇЛИ НЕЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ**

**ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України",
відділ невідкладної психіатрії та наркології**

Науковий керівник: д.м.н. Лінський І.В.

Доведено, що найважливішим психопатологічним фактором, який сприяє розвитку суїцидальної поведінки є депресивні порушення. Відсоток виявлених афективних порушень серед суїцидентів складають від 70 до 80 %. З огляду на істотні відмінності суїцидальної активності осіб з ендегенними та екзогенними депресіями, актуальним питанням є диференціальна діагностика депресивних станів різного генезу.

Метою дослідження було: вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих (що скоїли суїцидальні спроби) з екзогенними (F 43) та ендегенними (F 32-33) депресивними розладами, задля

використання зазначених особливостей, як додаткових маркерів диференціальної діагностики станів, про які йдеться.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні взяли участь 90 хворих, що скоїли суїцидальні спроби. За формами патології, обстежені були розділені на дві групи: група I - 60 хворих на реакцію на важкий стрес та порушення адаптації (шифр діагнозу F43 за МКХ-10), та група II - 30 хворих на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (шифр діагнозу F32-33 за МКХ-10). Вивчення клініко-психопатологічних та психодіагностичних особливостей обстежених проводилось у порівнянні обох груп. Для кількісної оцінки психічного статусу пацієнтів застосовувався психодіагностичний метод який передбачав використання наступних методик: шкала депресії Гамільтона – HDRS, шкала Цунга для самооцінки депресії, шкала особистісної тривожності та реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, методика діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади (ДПСНУХнаПР). Крім того, з метою оцінки значимості особливостей, про які йдеться, як маркерів диференціальної діагностики станів екзогенних (F43) та ендогенних (F32-33) депресивних розладів, для кожної з них розраховувалися діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (МІ), що створювало передумови для їхнього використання в складі послідовної діагностичної процедури Вальда.

Результати дослідження. В результаті комплексного дослідження було встановлено, що диференціально-діагностичними маркерами на користь екзогенної депресії (реакція на важкий стрес з порушеннями адаптації (шифр діагнозу F43 за МКХ-10)) є (в порядку зменшення інформативності): депресія (за Гамільтоном) ≤ 22 балів (ДК=-14,31; МІ=6,20); відчуття провини (за ДПСНУХнаПР) ≤ 71 % (ДК=-13,98; МІ=5,59); депресія (за Цунгом) ≤ 56 балів (ДК=-10,51; МІ=3,59); тривалість хвороби ≤ 3 місяців (ДК=-5,28; МІ=1,67); гострий початок хвороби (ДК=-4,31; МІ=1,22); чоловіча стать (ДК=-5,44; МІ=1,13); сімейний стан на момент дослідження "ніколи не перебував у шлюбі" (ДК=-4,47; МІ=0,67); реактивна тривога (за Спілбергером-Ханіним) > 62 балів (ДК=-7,78; МІ=0,65); зайнятість та характер діяльності "не працює" (ДК=-3,59; МІ=0,54); вік на момент дослідження ≤ 50 років (ДК=-2,69; МІ=0,54); відчуття образу (за ДПСНУХнаПР) > 50 % (ДК=-3,01; МІ=0,45); психастенічна акцентуація (за ДПСНУХнаПР) ≤ 71 % (ДК=-2,67; МІ=0,38); рівень освіти "середня спеціальна" (ДК=-3,01; МІ=0,30); особистісна тривожність (за Спілбергером-Ханіним) > 48 балів (ДК=-1,86; МІ=0,25).

Маркерами на користь ендогенної депресії (депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (шифр діагнозу F32-33 за МКХ-10)) є (в порядку зменшення інформативності): депресія (за Гамільтоном) > 22 балів (ДК=9,85; МІ=4,27); відчуття провини (за ДПСНУХнаПР) > 71 % (ДК=7,63; МІ=3,05); затяжний початок хвороби (ДК=14,15; МІ=2,95); тривалість хвороби > 3 місяців (ДК=8,65; МІ=2,74); депресія (за Цунгом) > 56 балів (ДК=5,72; МІ=1,95); вік на момент дослідження > 50 років (ДК=6,02; МІ=1,20); рівень освіти вища (ДК=6,53; МІ=0,76); жіноча стать (ДК=3,01; МІ=0,63); зайнятість та характер діяльності "пенсіонер за віком" (ДК=6,02; МІ=0,60); особистісна тривожність (за Спілбергером-Ханіним) ≤ 48 балів (ДК=3,31; МІ=0,44); відчуття образу (за ДПСНУХнаПР) ≤ 50 % (ДК=2,43; МІ=0,36); психастенічна акцентуація (ДПСНУХнаПР) > 71 % (ДК=2,4; МІ=0,34); реактивна тривога (за Спілбергером-Ханіним) ≤ 62 балів (ДК=0,82; МІ=0,07).

Литвиненко В.В.
ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ
СОСТАВЛЯЮЩАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель – д.м.н., проф. Кожина А.М.

Для современной наркологии одной из актуальных проблем является проблема разработки комплексных реабилитационных программ и их внедрения в практику работы наркологических учреждений. Известно, что важную роль в реабилитационном процессе играет психосоциальное вмешательство. По нашему мнению в комплексе реабилитационных мероприятий ведущая роль должна принадлежать психообразованию (psychoeducation) - занимающей особое место в структуре реабилитационных мероприятий поэтапно осуществляемой системе психотерапевтических воздействий, предусматривающих информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и их обучение методам совладения со специфическими проблемами, обусловленными проявлениями заболевания.

Вышеизложенное определило актуальность нашей работы цель которой – оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных с нехимическими зависимостями (гемблинг, компьютерная зависимость) и разработка оптимальных методов ее применения

Материал и методы: Исследование проводилось в рамках работы кафедры психиатрии как учебно-методического центра Министерства здравоохранения Украины по вопросам психообразования. Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, с количеством участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состоял из 10 - 12 занятий, продолжительностью 1,5 – 2,0 часа с частотой 1 - 2 раза в неделю.

Результаты и обсуждение: В ходе работы нами при помощи специально разработанной анкеты было проведено изучение особенностей информационного дефицита, касающегося многих вопросов, связанных с нехимической зависимостью среди больных и их родственников. Как показали результаты исследования наиболее важной является достоверная информация о причинах возникновения зависимости; распознавании признаков обострения и необходимая в случае его возникновения помощь; лекарства, используемые для лечения зависимостей, механизмы их действия, возможные побочные эффекты; юридические аспекты, связанные с проблемами зависимости. Для решения поставленных задач мы использовали интегративную модель психообразовательной работы включавшую в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых воздействий (информационный тренинг, тренинг позитивного самовосприятия, тренинг улучшения комплайенса, тренинг формирования коммуникативных умений и навыков, тренинг решения проблем межличностного взаимодействия), проблемно ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию.

В ходе работы использовались следующие варианты психотерапевтического вмешательства: преподавание (мини лекции) эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, объективация, интерпретация. Согласно полученным в ходе работы данным на фоне проводимой комплексной терапии отмечается нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитивных показателей, повышение их психофизической активности, восстановление социальной активности и успешной ресоциализации больных. Что в

свою очередь свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.

Меламуд Е.С.

ОЛИГОФРЕНОПОДОБНЫЙ ТИП ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра

психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель –к.м.н. Черкасова А.А.

Особую актуальность представляет изучение клинических аспектов диагностики психических проявлений и нарушений эндогенно-процессуального происхождения в рамках шизофрении у детей. Шизофрения у детей встречается гораздо реже, чем у взрослых (1:40000 у детей к 1:100 у взрослых). Однако ранний манифест заболевания сопровождается нарушением формирования ядра личности, более грубыми дефектами интеллекта, проявляющимися в виде олигофреноподобного синдрома. Все это затрудняет социальную адаптацию больных и является неблагоприятным прогностическим признаком. Своевременное диагностирование олигофреноподобных проявлений как ведущего синдрома у больных шизофренией позволяет поставить верный диагноз и начать своевременное лечение

Целью исследования стало изучение клинических проявлений олигофреноподобного синдрома у детей больных шизофренией.

Объектом исследования: явились психические и поведенческие расстройства при эндогенном процессе у детей.

Предметом исследования являются клинико-психопатологические, особенности формирования психических и поведенческих расстройств при эндогенном процессе у детей.

Методы исследования: клинико-психопатологический, методы математической статистики.

Материалы исследования. В исследование были включены 26 детей, обследованных от 5 до 12 летнего возраста с диагнозом шизофрения, детский тип. Из них у 16 детей (61,9%) доминирующим в клинической картине был олигофреноподобный синдром. У всех обследованных имели место психические и поведенческие расстройства. При анализе олигофреноподобного синдрома у детей были выявлены бездеятельность, отгороженность детей от окружающих, и как крайняя степень этого расстройства - аутизм, эмоциональная тупость, у части детей отмечалась эмоциональная холодность, вплоть до безразличия, у 54% детей были отдельные кататонические расстройства в виде застываний в однообразных позах, эхолалиях, негативизме, стереотипных движениях, мутизме. В мышлении обнаруживались паралогичность, вычурность, разорванность. У детей имела место неравномерность, диссоциированность интеллектуальных расстройств. При бездумных и нелепых ответах на простые вопросы больные понимали переносный смысл пословиц. Бедная, односложная речь чередовалась с длинными фразами, характерными для взрослых. Недостаточная ориентированность в простейших бытовых вопросах сочеталась с отрывочными отвлеченными знаниями. Например, больной Б., 8 лет, не мог назвать своего домашнего адреса, но при этом подробно рассказал о местонахождении реки Нил и ее обитателях. Так же у обследованных выявлялись нарушения экспрессивной речи с обеднением словарного запаса. Однако

в речи большинства детей были обнаружены неологизмы, вычурность и разорванность.

Таким образом, в результате проведения клинико-психопатологического исследования у 61,9% детей с диагнозом шизофрения был выявлен олигофреноподобный тип дефекта, нуждающийся в психофармакотерапевтической и психотерапевтической коррекции.

Михайлов В.Б.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРУ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

**Харківський національний медичний університет, кафедра психіатрії,
наркології та медичної психології**

Науковий керівник – д.м.н., проф. Кожина Г.М.

У 2000 році депресивні розлади займали 4 місце в світі по зниженню працездатності (часткової - у 4,5 % пацієнтів, повною втратою - у 12,1 %) та соціальної повноцінності життя. За існуючими прогнозами, до 2020 року депресія вийде на друге місце серед причин непрацездатності після серцево-судинних захворювань. Слід зазначити, що проблема депресивних розладів має не тільки медичну, а й значну соціальну та економічну важливість. Головними складовими соціально-економічного аспекту проблеми депресивних розладів є часткова і повна втрата працездатності і високий суїцидальний ризик хворих цієї групи.

Особливої актуальності дана проблема набуває для хворих з серцево-судинною патологією. У більшості хворих, що перенесли інфаркт міокарда (ІМ) та мозковий інсульт (МІ), відзначаються різні розлади депресивного спектру, що утруднюють відновлювально-реабілітаційні процеси, є однією із головних причин тимчасової непрацездатності та інвалідності пацієнтів.

Таким чином, метою нашого дослідження було вивчення розладів депресивного спектру у осіб, що перенесли ІМ та МІ.

Для досягнення поставленої мети було обстежено 120 хворих, що зазнали гострої судинної катастрофи. З них 60 осіб перехворіли на ІМ і 60 осіб - на ішемічний МІ. Нами були використані наступні методи дослідження: шкала особистісної тривожності і реактивної тривоги Спілбергера - Ханіна; шкала депресії Бека (BDS), шкала депресії Гамільтона (HDRS), тест MMSE, оцінку якості життя пацієнтів (Mezzich I., Cohen N., RUIPEREZ M., Lin I., and Yoon G., 1999), в адаптації Н.О. Марути.

Результати дослідження показали, що у хворих з ІМ в гострому періоді провідним є больовий синдром, що призводить до виражених психоемоційних розладів. На тлі збереження когнітивних функцій превалює фобічна, тривожно-депресивна симптоматика, вираженість якої безпосередньо залежить від вираженості больового синдрому. У подальшому первинний психоемоційний вітально зумовлений компонент зникає, формуються тривожно-депресивні порушення, гіпо- і анозогностичний тип сприйняття свого стану. У пацієнтів з МІ первинним є порушення рівня свідомості з когнітивними і астенічними порушеннями з подальшим формуванням психоемоційних розладів, тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі збереження когнітивних розладів.

Розроблено систему психотерапевтичної корекції депресивних розладів у осіб, що перенесли ІМ та МІ, яка побудована за мультимодальним принципом. Для хворих з ІМ система включає проведення особистісно - орієнтованої, раціональної психотерапії та АТ, для хворих з МІ - гіпноугестивної, когнітивно - біхевіоральної психотерапії, когнітивного і аутотренінгу.

Пасечник А.Г.

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Синайко В.М.

Шизофрения – остается центральной проблемой в психиатрии, которая вносит значительный вклад в социальную дезадаптацию больных, формирование инвалидности и увеличению не прямых затрат. Повышенное внимание к изучаемой проблеме объясняет большое количество работ по данной тематике, что только подтверждает сложность этого заболевания. Когнитивные расстройства, являющиеся неотъемлемой частью данной патологии, обсуждаются еще со времен Крепелина. Ранее они рассматривались в структуре шизофренического дефекта, однако, недостаток связи между улучшением в выполнении нейропсихологических тестов и изменением выраженности позитивной и негативной симптоматики свидетельствует об относительной самостоятельности когнитивных нарушений.

В рамках выполнения диссертационного исследования, проведено обследований 27 больных шизофренией обоего пола (12 мужчин и 15 женщин) средний возраст которых, составил 36 ± 2 лет и длительностью заболевания 12 ± 1 год. Результаты исследования показали, что с увеличением стажа заболевания, отсутствием качественного, правильно подобранного лечения выраженность когнитивных расстройств, а следовательно и дефекта, стремительно возрастает. Все это вызывает массу сложностей: необратимые процессы в психике человека, крах семьи и социальных связей. Таким пациентам необходимы не только лечение и помощь на государственном уровне, но и психобразовательная работа с ними и их родственниками. Эти пациенты, как никто другой, нуждаются в разъяснении сути заболевания, правильном трактовании их патологии, развеивании ошибочных убеждений, мифов и предубеждений в неизлечимости и неблагоприятном прогнозе при шизофрении. Задача врачей не только купировать симптомы шизофрении, но и вернуть человека в привычную социальную среду, научить жить человека в новых условиях.

Сазонов С.О., Байбарак Н.А.

СПЕКТР ДИФЕРЕНЦІЮВАННЯ АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПСИХОТИЧНОГО РІВНЮ

**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії**

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Підкоритов В.С.

Однією із складних проблем клінічної психіатрії є питання взаємовідносин психотичної та афективної симптоматики. Запропоновані А.В. Снежневським (1983р.) ранги психопатологічних синдромів розподіляють клінічні феномени за глибиною та чинністю ураження, але у випадку сполучення афективної та психотичної симптоматики не завжди відбивають взаємовідношення за важкістю, вираженістю та впливом на теперішній стан хворого. Важкість дослідження та розглядання випадків сполучення афективних симптомів із психотичними складається у тому, що майже всі психопатологічні стани, і ті, що відносяться до більшого, ніж афект, психопатологічного рангу за А.В.Снежневським, наприклад, галюциноз, і ті, що відносяться до меншого рангу, наприклад, невроз, зазвичай розгортаються на тлі більш чи менш розвинених змін настрою та супроводжуються афективними зсувами. Першочерговою проблемою стає синдром таксис із визначенням головних симптомів

та синдромів та другорядних. Доволі часто синдромоутворюючими симптомами не є найбільш яскраві чи важкі, експансивні. Наприклад, імпульсивність із агресивною до оточуючих поведінкою може маскувати порушення свідомості.

Задля дослідження цієї проблеми повинен використовуватись підхід із комбінуванням динамічного спостереження із лонгітудинальним дослідженням та ретроспективний аналіз із пошуком ознак-предикторів прогнозу перебігу та виходу захворювання. Практичний лікар та науковець повинні здійснювати диференціювання якомога широким спектром, у який обов'язково повинні бути включені депресивні стани психотичного рівню ендогенного, органічного та інволюційного генезу, біполярні розлади, шизофренія із афективно-параноїдними нападами, шизоафективний психоз.

У якості диференційних ознак досліджувалися преморбідні особистісні особливості, але є певні утруднення у дослідженні цієї проблеми, оскільки докладне дослідження особистості здорових осіб, якими є у преморбіді психічно хворі (у майбутньому) проводиться нечасто, а ретроспективне дослідження особистості утруднене та є неточним. На теперішній час все ж підтвердилася гіпотеза щодо конгруентності домінуючих у преморбіді характерологічних радикалів психопатологічній симптоматиці, яка утворюється у хворого згодом.

Важливими є особливості динаміки появи та зміни різних симптомів в психічному статусі хворого. Так, у випадку шизо афективного психозу загострення починається із виникненням маячіння на рівні маревного настрою із неспокоєм і внутрішнім напруженням, до якого поступово приєднується відчуття енергетичного підйому, а потім розвивається чуттєве марення із голотимним компонентом, яке, в свою чергу трансформується у синдроми образного марення аж до розгортання онейроїду. (В.Н.Краснов, 2011). Подібним є розгортання афективно-параноїдного нападу при шизофренії (Тіганов, 1999р.). Відносна доброякісність перебігу, прогнозу (у порівнянні із прогредієнтністю перебігу шизофренії), інтермісій, та конгруентність, кататимність маревних переживань полюсу афекту відрізняють біполярний афективний розлад. Але останнім часом збільшилася кількість негармонійних за афективним синдромом та змішаних станів. Значно менше ніж раніше зустрічається «сонячна» манія, натомість зростає кількість випадків гнівливої манії.

Значні утруднення в практичній роботі створюють атиповість, негармонійність, поліморфність сучасного перебігу афективних та психотичних станів, а також часте комбінування їх із коморбідними розладами та перебіг на скомпрометованому соматичному фоні унаслідок низького загального рівню як соматичного, так і психічного здоров'я. Найчастішими помилками є приділення уваги лише окремим проявам патологічного процесу, наприклад періодичності перебігу, домінуванню афективної чи психотичної симптоматики, порушенням поведінки тощо. А несвоєчасна або неправильна діагностика призводить до неадекватної терапії цих розладів та негативно відбивається на перебігу і прогнозі цих захворювань.

Сильченко Н.В.

ТАБАКОКУРЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель – к.м.н. Михайлов В.Б.**

Актуальность темы: Здоровье студенческой молодежи является необходимым условием обучения в ВУЗе. Не вызывает сомнения тот факт, что процесс получения медицинского образования происходит в условиях длительного и интенсивного эмоционального и информационного стресса. Учебная деятельность студентов в

настоящее время требует усвоения большого объема информации и формирования широкого спектра профессиональных навыков и умений. Этот процесс, как правило, реализуется в условиях дефицита времени и нередко сопровождается нарушениями психической и социальной адаптации, одним из частых проявлений которых, являются различные формы зависимого поведения. По данным ряда исследователей распространенность употребления психоактивных веществ среди молодежи достигает катастрофических цифр. Наиболее часто употребляемым среди студентов является табак. Выше сказанное определяет актуальность данного исследования.

Целью нашего исследования: Изучить особенности состояния психического здоровья студентов – медиков в современных условиях.

Методы исследования: Клинико – психопатологические, психодиагностические, методы математической статистики

Результаты исследования: Для решения поставленной цели нами было проведено обследование 89 студентов ХНМУ 4 курса медицинского факультета, в возрасте от 19 до 23 лет, среди которых 30 мужчин (33,7%) и 59 женщин (66,3%). В ходе работы было выделено 2 группы студентов: практически здоровые и лица с признаками психической дезадаптации. Среди обследованных курящими оказались 57% студентов. Отмечены отличия в распространенности табакокурения в группах практически здоровых и с признаками психической дезадаптации. Процент курящих значительно выше в группе студентов с признаками психической дезадаптации, чем в группе практически здоровых и составляет 81% и 21% соответственно. Процент курящих эпизодически относительно высок в обеих группах. В ходе анализа данных было выявлено, что в группе студентов, курящих постоянно состояния психической дезадаптации представлены в основном астенической, тревожной, субдепрессивной симптоматикой и признаками вегетативной дисфункции.

Выводы: Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у студентов - медиков достаточно высокий процент лиц регулярно употребляющих никотин, среди которых мужчины составляют 65%, при этом следует отметить негативную тенденцию увеличения числа курящих студенток, что не может быть нормой в медицинской среде. Число курящих больше в группе студентов с признаками психической дезадаптации, чем в группе практически здоровых студентов, что указывает на необходимость учитывать данный фактор при разработке комплекса мероприятий профилактики и психокоррекции данных состояний.

Тверезовский В.М.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ У
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель –к.м.н. Михайлов В.Б.

Актуальность темы: Компьютерные сети на сегодняшний день охватывают подавляющее большинство развитых стран мира. Эта структура стала информационной средой обитания для миллионов людей, причем среди обитателей «компьютерного пространства» преобладает высоко-интеллектуальная молодежь. На ряду, с несомненным положительным значением компьютеризации для общества, следует отметить негативные последствия этого процесса, влияющего на социально-психологическое здоровье подрастающего поколения. Данные многих исследователей говорят о том, что компьютер негативно влияет как на физическое, так и на

психическое здоровье молодежи. Компьютерно-зависимыми сегодня являются от 5% до 10% пользователей, что составляет от сотен тысяч до миллионов человек. Особенно актуальна данная проблема в отношении студентов, учебная и трудовая деятельность которых, тесно связана с компьютерными технологиями.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости и клинико-психопатологические особенности компьютерной аддикции у студентов.

Методы исследования: клинико-психопатологические, психо-диагностические и методы математической статистики.

Результаты исследования: для решения поставленной цели нами было проведено обследование 45 студентов Харьковского национального медицинского университета, средний возраст которых $22,1 \pm 0,4$ года, среди которых было 15 мужчин (33%) и 30 женщин (67%). По результатам исследования, ориентируясь на метод скрининговой диагностики компьютерной зависимости (Л.Н.Большот, Л.Н.Юрьева, 2005), удалось выяснить, что 25,6% обследованных имеют высокий риск развития компьютерной зависимости, 43,4% - находятся в стадии увлечённости и подвержены риску развития компьютерной зависимости, оставшиеся 31% находятся вне риска развития компьютерной зависимости. Студентов с компьютерной зависимостью выявлено не было. Риск развития компьютерной зависимости достоверно выше у мужчин, чем у женщин – 30,8% и 14,3% соответственно ($p < 0,001$). Студентки большую часть времени (79,74%) работы за компьютером проводят в социальных сетях и около 20% времени тратят на игры и подготовку к занятиям. Студенты-мужчины основное время (более 60%) тратят на ролевые игры. Учитывая высокую коморбидность зависимого поведения и аффективной патологии нами с помощью больничной шкалы тревоги и депрессии были выявлено, что в группе с высоким риском развития компьютерной зависимости признаки тревоги и депрессии наблюдались у 68,5% обследованных, что достоверно выше, чем в группе студентов без риска развития компьютерной зависимости – 22,5%.

Выводы: Таким образом, больше 25% студентов-медиков имеют высокий риск развития компьютерной зависимости, что соответствует начальному этапу формирования данной патологии и требует проведения комплексных профилактических мероприятий.

Троцкий В.О.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

**Харьковский государственный медицинский университет, кафедра
психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Научный руководитель – доц., к.м.н. Хаустов М.Н.**

Актуальность темы: В настоящее время отмечается рост среди населения непсихотических психических расстройств, который неизбежно затрагивает и студенчество как часть общей популяции. Высокая умственная и психоэмоциональная нагрузка, вынужденные частые нарушения режима труда, отдыха и питания, кризис нравственных ценностей, неуверенность в своем будущем, смена места жительства и многие другие факторы требуют от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям жизни и обучения, формирования межличностных отношений вне семьи и преодоления сложных жизненных ситуаций. Темп и напряженность обучения нередко сопровождается срывом компенсаторных механизмов студентов, что приводит к возникновению стресса, психологическим и социальным конфликтам, развитию дезадаптивных состояний.

В течение последних лет для комплексной оценки многообразных сторон образа жизни и факторов риска ухудшения здоровья населения все шире используются методики, основанные на оценке качества жизни. Качество жизни – это интегративная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, отражающая способность человека адаптироваться к изменяющимся условиям жизни. Выше сказанное определило актуальность данного исследования.

Цель исследования: изучить клинико-психопатологические особенности расстройств адаптации у студентов-медиков и определить их качество жизни в современных условиях.

Методы исследования: клинико-психопатологические, психо-диагностические и методы математической статистики.

Результаты исследования: было проведено обследование 83 студентов ХНМУ в возрасте от 19 до 23 лет, среди которых мужчин составили 36%, женщин - 64%. В ходе работы было установлено, что у 10,5% студентов были выявлены расстройства адаптации, среди которых наиболее частыми были кратковременная депрессивная реакция и смешанная тревожно-депрессивная реакция, клиническая картина которых сопровождалась выраженным астеническим компонентом. Анализ полученных результатов показал существенные различия в субъективной оценке качества жизни здоровых студентов и студентов с расстройствами адаптации. У здоровых студентов показатель качества жизни характеризовался равномерностью оценок всех компонентов и высокими их значениями. Интегративный показатель в группе здоровых студентов составил 8,3 балла, тогда как у студентов с дезадаптивными расстройствами был достоверно ниже и составлял 6,2 баллов, а профиль качества жизни характеризовался не равномерностью оценок разных аспектов жизни, особенно за счет низких показателей по шкалам «Физическое благополучие», «Работоспособность», «Межличностные взаимодействия», «Общее восприятие качества жизни» (5,1; 5,4; 5,6; 5,6 баллов соответственно).

Выводы: Таким образом, у 10,5% студентов медицинского ВУЗа были выявлены расстройства адаптации. В структуре данных расстройств доминируют нарушения, в клинической картине которых преобладает тревожно-депрессивная симптоматика сочетающаяся с выраженным астеническим компонентом, которые значительно снижают качество жизни студентов и возможность полноценного функционирования, особенно затрагивая такие компоненты как субъективное благополучие и исполнение социальных ролей, что необходимо учитывать при разработке комплексных программ психокоррекционных мероприятий данных расстройств.

Хмаин С.

ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Коростий В.И.

Несмотря на существенные успехи в развитии психофармакотерапии депрессивных расстройств, трудности в достижении быстрой редукции депрессивной симптоматики обуславливают необходимость поиска новых подходов к лечению этой патологии. Одним из путей повышения эффективности терапии психогенной депрессии является применение в его комплексном лечении психотерапевтических методов, из числа которых арт-терапия относится к наименее изученным.

Целью нашего исследования являлось оценить эффективность арт-терапии в комплексном лечении больных с психогенной депрессией.

Для достижения указанной цели были применены клинико-психопатологический и психодиагностический методы. Арт-терапия проводилась с использованием рисуночных техник в индивидуальной и групповой формах, сеансами по 1,5 часа 1-2 раза в неделю в течение двух месяцев через 1-2 недели после начала приема антидепрессантов.

Обследовано 40 пациентов обоих полов в возрасте 18-45 лет с диагнозом психогенная депрессия легкой, средней и тяжелой степени тяжести в период лечения в стационарных и амбулаторных условиях.

В результате исследования выявлено, что у 28 (70%) больных снизился уровень тревоги; у 30 (75%) больных отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77% больных повысилась самооценка, у 68% - появился оптимистичный взгляд на будущее; у 65% снизился уровень ангедонии и у 80% больных отмечился регресс депрессивной симптоматики.

Таким образом, арт-терапия позволяет пациентом психогенной депрессией проработать свои переживания и подавленное состояние, что положительно влияет на качество лечения и обуславливает быструю редукцию депрессивной симптоматики.

Хомякова А.С.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

**Харьковский государственный медицинский университет, кафедра
психиатрии, наркологии и медицинской психологии**

Научный руководитель –Зеленская Е.А.

Депрессия и тревога являются одним из самых распространенных болезненных состояний XXI века, занимающее лидирующее место среди причин снижения трудоспособности и качества жизни. В современном мире наблюдается тенденция к прогрессирующему старению населения с увеличением доли женщин в старших возрастных группах. К 2030 году, по прогнозам ВОЗ, 1,2 млрд. женщин в мире будут находиться в возрасте 45-60 лет, что в среднем совпадает с менопаузой. Поскольку среди прочих групп населения пожилые женщины являются наиболее активными потребителями ресурсов здравоохранения повышение эффективности терапии психических и соматических расстройств, характерных для данной когорты населения, является одной из наиболее актуальных задач медицинской науки и практики. Тревножно-депрессивные расстройства у женщин старшего возраста расстройства нередко ассоциированы с менопаузой, физиологическое течение которой в 18–50% случаев осложняется развитием климактерического синдрома.

Цель исследования: изучение особенностей клинической картины и разработка патогенетически обоснованной системы коррекции тревожно-депрессивных расстройств климактерического периода у женщин.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 65 больных в возрасте 45–60 лет. Первую группу составили 33 пациентки с тревожно-депрессивными расстройствами невротического регистра, вторую - 32 пациентки больные с эндогенной депрессией (в рамках БАР и инволюционной меланхолии). Были использованы следующие методы: клинико-психопатологический; клинико-анамнестический; катamnестический; психодиагностический с использованием шкал тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1967), больничной шкалы тревоги и депрессий (HADS), (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983); методы математической статистики. Все пациентки принимали

антидепрессанты относящиеся к группе ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина в комплексе с проведением психотерапии и психообразовательной работой. Результаты исследования показали, что уже к четвертой неделе проводимой терапии показатели в первой группе по шкале тревоги и депрессии Гамильтона с 25 баллов снизились до 10,5 баллов; по больничной шкале тревоги и депрессии с 11 баллов – до 6. Во второй группе: с 27 до 12 и с 15 до 8 соответственно.

На основе данных полученных при психодиагностическом исследовании по шкале тревоги и депрессии Гамильтона (Hamilton M., 1967) и больничной шкалы тревоги и депрессий (HADS), (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) отмечается высокая эффективность применения антидепрессанты относящихся к группе ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина в комплексе с проведением психотерапии и психообразовательной работой при терапии депрессивных расстройств климактерического периода.

НЕВРОЛОГІЯ ТА НЕЙРОХІРУРГІЯ

Novak A.S.

ROLE OF THE NEUROTROPHIC FACTORS IN THE TRAUMATIC BRAIN INJURY PATHOGENESIS

**Kharkiv National Medical University, Neurological department, Kharkiv, Ukraine
Scientific advisor – prof. Grygorova I.A.**

Traumatic brain injury (TBI) and its consequences nowadays have great medical and social importance, due to their significant role in the structure of morbidity, mortality and disability of the population. Traumatic brain injury is devoted to the extraordinary number of scientific papers, but this issue remains a number of unresolved issues. Neurological manifestations of the individual effects of TBI, despite the considerable knowledge of this problem, do not lose their positions healing frequency and prevalence among other neurological diseases. Despite the diversity of current research and literature data, search pathogenic mechanisms that lead to neuropsychological impairment in TBI and its consequences, has not yet led to any definitive conclusions.

Objective. To analyze contemporary literature for more detailed pathogenesis of traumatic brain injury studying.

Results. It is known that the pathogenesis of structural and functional changes in the brain due to traumatic brain injury associated with mechanical factors. Under the influence of hydrodynamic force trauma and cerebrospinal fluid wave influencing limbico - hypothalamic- reticular region, which leads to different neurohormonal metabolic-endocrine, vegetative- vascular disorders. Therefore, patients after injury for a long time noted varying degrees of severity general brain symptoms, symptoms of brain dysfunction, intellectual mnestic violations, changes in mental and emotional sphere containing a wide range of volitional and emotional disorders within the neurotic and psychopathic syndromes. Trigger traumatic process for TBI is a violation of the regulatory function of the central nervous system and mezencephalo - diencephalic brain structures. Changes homeostasis of antioxidant protection, hemoglobin, increased activity of kinins indicate generalized vascular disorders. Changes hypersecretion of antidiuretic hormone, hypoproteinemia, impaired blood mineral composition and activity of adrenergic systems alter water-salt metabolism of the body and create conditions for increasing intracranial pressure of hypertensive syndrome.

Immediately after the injury observed a significant intensification of metabolic processes. This initial period of injury, which is called the period of "burning metabolism" causes abnormal metabolism of the whole organism, impaired coordination of individual units metabolism. Immediately after injury disrupted integrative activity of the brain, based on what is a massive release of neurotransmitters. Discordant regulatory violations neurotransmitter systems lead to significant changes in the activity of the regulatory systems of the brain - namely suprahypothalamic nuclei, pineal gland, reticular formation. Developing an unbalanced flow of plastic materials as a result of changes in the endothelium of the capillaries, the redistribution of fluid between the intracellular and extracellular space, destruction of membrane structures. As a natural consequence of uncontrolled intensification of metabolism unbalanced admission plastic materials and energy depletion following internal resources of nervous tissue, the development of "energy shortage". Separation of oxidative phosphorylation, intracellular acidification of the medium and the accumulation of superoxide radicals contribute to the development process of cell toxicity and secondarily due to structural changes. Later after TBI observed partial restoration of the

balance of metabolic processes in the cerebral hemispheres and the elimination of violations stem - diencephalic regions of the brain is disturbed central regulation of visceral functions, including common disorders marked hemodynamic, metabolic functions of the digestive system, urinary and endocrine systems.

Conclusions. TBI and its consequences lead to a wide range of neurological, neurophysiological and neuropsychological disorders. Formed the basis of the mechanisms of these disorders and brain correlates are not yet fully understood. The analysis also burdened by specific head injury, in which, as a rule, there is a combination of primary and secondary lesions.

Балута Б.Ю.

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЕ И ИХ ТЕРАПИЯ ЦИТИКОЛИНОМ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии
Научный руководитель — к.мед.н., доц. Сало В.И.**

Цереброваскулярные заболевания — одна из частых причин когнитивных нарушений (КН), проявляющихся нарушением памяти, внимания, умственной работоспособности, снижением интеллекта. Факторы риска развития постинсультных КН и деменции: возраст старше 60 лет, мужской пол, злоупотребление алкоголем, курение, ожирение, сахарный диабет (СД), сердечно-сосудистые заболевания. Одним из основных лечебных подходов к лечению ишемического инсульта является защита нейронов в зоне гипоксии от ишемического повреждения, профилактика повторного инсульта.

В последние годы среди известных нейротрофических препаратов, положительно влияющих на восстановление когнитивных функций после инсульта (пираретам, церебролизин, акатинолмемантин, ривастигмин, холинальфасцерат), прочную позицию занял цитиколин. Цитиколин (цитидин-5-дифосфохолин) представляет собой природное эндогенное соединение, которое является промежуточным звеном в реакциях синтеза фосфолипидов клеточных мембран. Цитиколин действует на целый ряд звеньев ишемического каскада, а также обладает нейрорепаративным эффектом. Цитиколин способствует усилению процессов нейропластичности и нейрорегенерации, восстановлению двигательных функций, ходьбы и самообслуживания, уменьшает выраженность постинсультных КН.

Цель нашего исследования — оценка эффективности цитиколина (цераксона) в восстановительном периоде инсульта у больных с КН. Под нашим наблюдением находились 20 больных (средний возраст — 66,5) с постинсультными КН разной степени выраженности. Все больные перенесли ишемический инсульт. В исследование были включены пациенты со сроком с момента развития инсульта — от 3 мес до 1 года. Всем больным был проведен весь спектр клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, в том числе и нейропсихический статус: память, внимание, речь, ассоциативная деятельность (до и после лечения цитиколином); Для профилактики повторного ишемического инсульта больные принимали антигипертензивные средства, антиагреганты, статины. Ноотропные препараты и средства, потенциально влияющие на когнитивную сферу, пациенты не получали. Пациенты были разделены нами на 2 группы. В 1 группе пациенты имели нарушения памяти, внимания, речи и ассоциативной деятельности средней степени тяжести. Во 2 группе пациенты имели те же нарушения, но в легкой форме. Пациенты 1 и 2 группы принимали цитиколин в дозах 1000 и 500 мг/сут соответственно на протяжении 3 месяцев. Анализ полученных результатов в группах показал, что положительная динамика нормализации когнитивных функций более выражена у больных, получавших цитиколин в дозе 1000 мг/сут, хотя их состояние было более

тяжелым. В группе больных, получавших цитиколин в дозе 500 мг/сут, улучшения отсроченного запоминания не наблюдалось, как и существенного улучшения внимания. Лечение цитиколином привело также к улучшению самочувствия пациентов. В 72,2% случаев значительно уменьшились головокружение и неустойчивость при ходьбе; в 83,3% прошла или уменьшилась головная боль. Все больные хорошо переносили лечение цитиколином, побочные явления не зафиксированы. Таким образом, наше исследование показало эффективность и безопасность применения цитиколина в восстановительном периоде у больных с постинсультными КН. Более выраженное положительное влияние на когнитивные функции наблюдалось при применении цитиколина в дозе 1000 мг/сут. Лечение цитиколином способствует улучшению самочувствия пациентов, уменьшению головной боли, головокружения и неустойчивости при ходьбе.

Баранова Е. В. Довгаль Ю. В.

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ МИГАТЕЛЬНОГО РЕФЛЕКСА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ДЕЙСТВИЯ ДОФА-СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии
Научный руководитель — доц. Сало В. И.**

Одним из наиболее часто встречающихся симптомов при болезни Паркинсона (БП) является редкое мигание. Мигание может быть спонтанным и рефлекторным, представляя собой стволовой рефлекс, состоящий из афферентного звена — офтальмической ветви тройничного нерва и эфферентного звена лицевого нерва. При электронейромиографическом исследовании мигательного рефлекса (МР) регистрируются ранний (R1) и поздние (R2, R3) компоненты ответа.

Целью работы являлось изучение изменений параметров МР у пациентов с моторными флюктуациями при БП в периоды «включения» и «выключения».

В процессе исследования было установлено, что на пике действия ДОФА-содержащего препарата латентный период всех компонентов МР превышал латентность компонентов МР, зарегистрированных в период выключения. Амплитуда компонентов R1 и R2, наоборот, была ниже в период «включения» и повышалась в период «выключения». Вышеуказанная тенденция наблюдалась не во всех случаях, а только у 11 человек (42,3%) пациентов (1-й тип изменения МР под влиянием ДОФА-содержащих препаратов). Так, у 8 (30,7%) больных параметры МР оставались стабильными и не зависели от периода действия препарата (2-й тип изменения МР), а у 7 (26,9%) пациентов наблюдались противоположные изменения МР — удлинение латентности при значительном снижении амплитуды компонентов R1 и R2 в период «выключения» (3-й тип изменения МР). Вероятно, полученные результаты отражают патофизиологическую неоднородность различных клинических форм БП. Считается, что в основе каждой клинической формы лежат разные патогенетические механизмы и топографические особенности нейродегенеративного процесса. Кроме того, пациенты, у которых помимо моторных флюктуаций выявлялась вариабельность параметров МР в периоды «включения»/«выключения», отмечали и различия по интенсивности тактильного восприятия электрической стимуляции (от слабого пощипывания до болезненного удара), несмотря на то, что сила стимуляции оставались неизменной (20 мА). Вероятно, изменения порога болевой чувствительности, зависящего от уровня дофамина, являются предрасполагающим фоном повышения полисинаптической рефлекторной

возбудимости, и влечет за собой увеличение или уменьшение амплитуды компонентов МР у больных БП под влиянием принимаемых препаратов.

И.О.Безуглова¹, А.Н.Базалеева²

РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

¹27 городская клиническая больница, г. Харьков, Украина

²Харьковский национальный медицинский университет,

Научный руководитель – проф. Товажнянская Е.Л.

Многочисленные клинические и экспериментальные исследования свидетельствуют, что диабетическая энцефалопатия и когнитивная дисфункция являются результатом негативного влияния при сахарном диабете (СД) разнообразных метаболических и сосудистых нарушений. Важная роль когнитивных нарушений на качество жизни и состояние пациентов с СД, а также тяжесть и прогноз основного заболевания, обуславливают актуальность и перспективность дальнейшего изучения их патогенетических аспектов.

Целью исследования было установление взаимосвязей когнитивных, гемодинамических и метаболических нарушений при СД 2 типа.

Обследовано 87 пациентов с СД 2 типа и диабетической энцефалопатией 2 степени в возрасте $56,3 \pm 5,9$ лет. Длительность СД составила $9,3 \pm 4,5$ лет, уровень гликозилированного гемоглобина у больных колебался в диапазоне 7,2- 8,8%. Комплекс обследования включал оценку состояния когнитивных функций по шкале MMSE и Адденбрукской шкале познавательных способностей, доплерографическое (показатели церебральной гемодинамики в покое и оценка цереброваскулярной реактивности), биохимическое обследование (определение циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) и уровня эндотелина-1) и статистическую обработку данных.

У больных с диабетической энцефалопатией II стадии и СД 2 типа были выявлены когнитивные нарушения легкой и умеренной степени выраженности (27-24 баллов по шкале MMSE и 73-79 баллов по Адденбрукской шкале). Наиболее значимо ($p < 0,01$) ухудшались функции памяти, беглости речи, внимания и ориентации, что отражало нарушение при СД 2 типа деятельности лобно-подкорковых отделов мозга и нейродинамики стволово-подкорковых структур. Нарушение церебральной гемодинамики характеризовалось снижением относительно контроля скорости интрацеребрального кровотока на 34,5 %, повышением сосудистого тонуса (повышение индекса PI в 1,8 раза), нарушением церебральной сосудистой реактивности (снижение коэффициента овершута на 26,9 %).

Высокая активность окислительных реакций при СД напрямую коррелирует с выраженностью сосудистых осложнений, вызывая повреждение эндотелиальных клеток и десквамацию эндотелия. Последнее приводит к образованию в крови пула поврежденных циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК), содержание которых в группе больных с СД 2 типа и диабетической энцефалопатией II стадии было повышено почти в 5 раз по сравнению с контролем. Повышение количества ЦЭК у больных с СД ассоциировалось с повышением в 1,9 раза уровня эндотелина-1, сывороточного маркера функционального состояния эндотелия, мощного вазоконстриктора с выраженными пролиферативными, профибротическими и провоспалительными свойствами. Проведенный корреляционный анализ выявил связь ($p < 0,05$) когнитивной дисфункции с длительностью СД 2 типа ($r = -0,34$), концентрацией гликозилированного гемоглобина ($r = -0,39$), снижением коэффициента овершута ($r = +0,41$). Также были прослежены зависимость снижения коэффициента овершута от уровня

гликозилированного гемоглобина ($r = - 0,41$), уровня ЦЭК и эндотелина-1 ($r = - 0,31$ и $- 0,42$ соответственно).

Таким образом, диабетическая энцефалопатия и когнитивная дисфункция возникают как результат негативного воздействия на головной мозг метаболических и гемодинамических нарушений, среди которых весомую роль играет эндотелиальная дисфункция, что требует обязательного учета при назначении терапии.

Бережная А.В., Резниченко Е.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОНЕПЕЗИЛА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ СЕНИЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Научный руководитель – проф. Григорова И. А.

Актуальность. Болезнь Альцгеймера – наиболее распространенная из всех видов деменций, которая, по данным литературы, составляет до 70 % случаев деменции в Европе. В последнее десятилетие данная патология признана одной из главных медико-социальных проблем современного общества. По прогнозам количество больных будет увеличиваться. До сих пор нет единого подхода к лечению данного заболевания.

Цель исследования – изучить эффективность донепезила гидрохлорида («Алзепил») при лечении начальной стадии болезни Альцгеймера.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 5 пациентов в возрасте от 75 до 82 лет. Из них – 2 женщины и 3 мужчин. Все они обратились с жалобами на снижение памяти, нарушение концентрации внимания, легкую депрессию. На основании клинико-параклинических методов был установлен диагноз: сенильная форма болезни Альцгеймера, начальная стадия. В составе комплексной терапии был назначен донепезил гидрохлорид («Алзепил») в дозе 5 мг перед сном в течение 3 месяцев.

Результаты. По окончании курса терапии все пациенты отметили улучшение памяти и общего самочувствия, больные стали менее раздражительны. Один больной (мужчина, 78 лет) отметил наличие у него побочных эффектов препарата: повышенная утомляемость, легкое головокружение, бессонница.

Выводы: донепезила гидрохлорид («Алзепил») является эффективным препаратом при симптоматическом лечении болезни Альцгеймера на ранней стадии. Однако, его необходимо применять в комплексной терапии из-за наличия у пациентов в таком возрасте полиорганной патологии.

Бережной Б.Ю. Лушпан В.А.

ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНЫХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Научный руководитель – доц. Сало В.И.

Целенаправленное использование электромагнитной энергии в самых разнообразных областях человеческой деятельности привело к тому, что к существующему естественному геомагнитному фону — электрическому и магнитному полям Земли, радиоизлучению Солнца и Галактики добавилось электромагнитное поле искусственного происхождения. На расстоянии 3 см магнитная индукция при работе фена равна 2 тыс. мкТл, электробритвы — 1,5 тыс. мкТл, при этом естественный геомагнитный фон составляет 30-61 мкТл.

Один из наиболее распространённых фоновых излучений возникает при работе радиотелефонных устройств и составляет 800-1600 МГц.

Проанализировав результаты статистических опросов населения удалось выяснить, что у людей, имеющих наиболее тесный контакт с излучателями имеется сходная картина неврологической симптоматики: 1. Нарушении обеспечения вегетативных функций с ослаблением памяти, восприятия информации, изменением сна, головными болями, нарушением эмоционального фона, депрессивными состояниями. 2. Симптом вестибулярно-мозжечковых расстройств, проявляющийся расстройством равновесия, головокружениями, шаткостью. 3. Нейромиопатический синдром, проявляющийся лёгким онемением конечностей, мышечной усталостью и болями, снижением мышечного тонуса.

На данный момент нет достоверных сведений, указывающих на наличие доказанной связи между электромагнитным воздействием и неврологическими расстройствами, в связи с чем целесообразно проведение лабораторных исследований в данной области, работы над которыми на данный момент ведутся при поддержке кафедр ХНМУ.

Бортновская В.С., Некрасова Н.А.

СОДЕРЖАНИЕ БИОГЕННЫХ АМИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И 2,3-ДИФОСФОГЛИЦЕРАТА В ЭРИТРОЦИТАХ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СО СПОНДИЛОГЕННОЙ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Григорова И.А.**

Вертебробазилярная недостаточность (ВБН) является одной из наиболее распространенных форм цереброваскулярной патологии. Спондилогенный механизм формирования данной патологии наиболее актуален у лиц молодого возраста. Многочисленные исследования посвящены изучению факторов, приводящих к нарушению кровообращения в вертебробазилярном бассейне и их роли в патогенезе ишемических изменений. Вместе с тем особенности метаболизма при данной патологии еще недостаточно изучены. Особый интерес представляет определение метаболических показателей, которые могут отразить степень поражения сосудов, состояние микроциркуляции и вазомоторной реактивности, а также выраженность тканевой гипоксии.

Целью работы являлось изучение содержания и соотношения биогенных аминов в сыворотке крови и установление связи их уровня с концентрацией 2,3-дифосфоглицерата в эритроцитах у пациентов молодого возраста со спондилогенной вертебробазилярной недостаточностью (СВБН).

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов возрастом 25-40 лет, находившихся на обследовании и лечении в неврологическом отделении ОКБ по поводу СВБН. Диагноз верифицирован в условиях стационара. Контрольная группа – 20 здоровых доноров такого же возраста. Содержание биогенных аминов определяли методом тонкослойной хроматографии на колонках с катионной смолой «Dower» с последующим спектрофлуориметрическим анализом фракций. Концентрацию 2,3-ДФГ в эритроцитах определяли спектрофотометрическим методом. Результаты исследований подвергались статистическому анализу с последующим определением критерия Стьюдента.

Результаты. Установлено, что концентрация адреналина в 50% случаев достоверно выше, чем у здоровых пациентов контрольной группы ($3,65 \pm 0,27$ нМ/л против $1,95 \pm 0,11$ нМ/л), в 50% случаев соответствует уровню в контрольной группе. Содержание норадреналина только в 3% случаев соответствует физиологической норме, в 95% случаев – снижено ($18,45 \pm 1,12$ нМ/л против $26,34 \pm 1,08$ нМ/л в контрольной группе). Коэффициент адреналин/норадреналин у больных со СВБН достоверно выше, чем в контрольной группе ($0,20 \pm 0,01$ против $0,072 \pm 0,002$), что

свидетельствует о преобладании гормонального звена регуляции и дефиците медиаторного звена. Концентрация серотонина у пациентов с вертебробазилярными нарушениями достоверно выше, чем в контрольной группе ($0,78 \pm 0,03$ мкМ/л против $0,45 \pm 0,03$). Известно, что серотонин и адреналин обладают выраженным сосудосуживающим действием, что при недостатке норадреналина (модулятора их сосудистых эффектов) может стать причиной гипертензии и, как следствие, нарушения кровоснабжения тканей. Выявлено, что концентрация 2,3-ДФГ в эритроцитах при СБН повышена, степень увеличения более выражена у пациентов с более высоким содержанием серотонина. Известно, что 2,3-ДФГ – физиологический лиганд гемоглобина, повышает отдачу кислорода в ткани. Повышение 2,3-ДФГ при СБН свидетельствует о наличии выраженной тканевой гипоксии, особенно при высоком содержании серотонина. Установлена высокая корреляционная связь между уровнем норадреналина и 2,3-ДФГ ($r = -0,75 \pm 0,03$), а также между содержанием серотонина и 2,3-ДФГ ($r = -0,83 \pm 0,02$). Полученные результаты позволяют сделать вывод о значительной роли дисбаланса в катехоламинергической системе и серотонинемии в развитии гипоксии при СБН у пациентов молодого возраста.

Волошин – Гапонов И.К.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА

**ГУ «Институт неврологии психиатрии и наркологии НАМН Украины»
г.Харьков, Украина**

Отделение нейроинфекций и рассеянного склероза

Гепатоцеребральная дегенерация (ГЦД) или болезнь Вильсона – Коновалова (БВК) – это тяжелое, аутомно-рецессивное заболевание, в основе которого лежит нарушение метаболизма меди. Это одно из немногих, наследственно обусловленных заболеваний, которое поддается лечению. С учетом того, что с пищей в организм поступает меди почти в 5 раз больше от потребности в ней, то естественно при этом заболевании основные лечебные мероприятия должны быть направлены на ограничение поступления меди в организм и на ускоренное ее выведение для предотвращения накопления и осаждения свободной токсической меди в печени, мозге и почках. Несмотря на то, что более чем за 55 лет в мире накоплен большой опыт лечения БВК такими хелаторами как купренил и триентин, а также солями цинка и в настоящее время нет единого мнения о том, когда и какой препарат предпочтительнее применять больным с той или иной формой и симптоматикой заболевания. На сегодняшний день как в мире, так и в клинике нашего института накоплен достаточный опыт лечения данной патологии. Для нормализации количества меди в организме есть два пути: один, это ускоренное выведение меди из организма, а другой путь, это ограничить поступление меди в организм. Купренил и триентин, являясь хелаторами, ускоряют выведение свободной токсической меди из организма с мочой через почки, а препараты цинка ограничивают поступление меди в организм. Цинк вмешивается в захват меди из желудочно-кишечного тракта. Он индуцирует металлотионин, который связывает медь в энтероцитах тонкого кишечника и гепатоцитах печени и замедляет ее выход в портальную циркуляцию. Таким образом, поступившая с пищей и связанная в кишечнике медь не адсорбируется и выводится из организма с фекалиями. Препараты цинка действуют несколько слабее и медленнее, но при этом мягче чем тиоловые соединения и обладают минимальной токсичностью. Исходя из этого, выделяют три направления в лечении этого заболевания: прием хелатора купренила, прием препаратов цинка

(цинктерал), а также комбинированное лечение купренилом и цинктералом. На протяжении многих десятилетий, основным препаратом выбора лечения БВК является хелаторкупренил. Данный препарат представляет собой тиоловое соединение, содержащее сульфгидрильные группы, которые образуют комплексы с тяжелыми металлами (в том числе с медью), что и обеспечивает выведение избытков меди из организма. В инструкции есть рекомендации по поводу приема купренила, которая рекомендует больным принимать от 1000 до 2000 мг (4-8 таб) в сутки с целью выведения свободной токсической меди из организма. В последнее время ряд отечественных и зарубежных ученых сходятся во мнении, что использование купренила в больших дозах опасно и даже противопоказано. Это связано с тем, что сам по себе купренил (D – пеницилламин) является достаточно токсическим препаратом, который способен вызывать целый спектр побочных эффектов, а также имеет ряд противопоказаний. Одним из побочных эффектов, присущий данному препарату является то, что он способен вызывать и ускорять нейродегенерацию головного мозга. Также необходимо отметить, что до 40% больных Вильсона не переносят данный препарат. Наш опыт ведения БВК показал, что признаками непереносимости являются: катастрофическое ухудшение неврологической симптоматики в первые дни и недели назначения препарата, выраженный болевой синдром в первые дни, а также резкий подъем температуры до 40° на первых таблетках купренила. Кроме того, к таким осложнениям могут приводить и неправильный прием купренила сразу в больших дозах в первые дни и недели лечения. В последнее время ряд зарубежных исследователей, а также наш опыт наблюдения 83 больных БВК показывает, что при лечении неврологических форм заболевания целесообразно использовать комбинированное лечение небольшими дозами хелаторакупренила в количестве, не более 500-750 мг (2-3 таб.) в сутки, в сочетании с цинктералом по 124 мг (1 таб.) 3-4 раза в сутки. Прием цинктерала, также как и купренила пожизненный. Также, параллельно, больным Вильсона – Коновалова рекомендованы препараты симптоматического лечения: гепатопротекторы, нейропротекторы, витамины группы В, препараты сосудистого ряда, метаболики, антиоксиданты, а также другие препараты симптоматической терапии. Важно помнить, что своевременная постановка правильного диагноза БВК, а также грамотно назначенное лечение замедляет прогрессирование нейродегенеративного заболевания, тем самым улучшая качество и длительность жизни больного.

Донская Н.М.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ БИПСИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ГЛУБИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**Харковский национальный медицинский университет, кафедра
нейрохирургии**

Научный руководитель: к. мед.н., доцент Кутовой И.А.

Цель работы: Улучшение способа биопсии новообразований головного мозга глубинной локализации (НГМГЛ) под контролем КТ.

Материалы и методы: За период 2007-2012г.г. в нейрохирургической клинике ХНМУ биопсия произведена 32 больным НГМГЛ (женщин 17, мужчин 15), возрастом 17-63 лет с тяжестью состояния более 40 баллов (шкала Karnofsky): 100-80 баллов – 10(30 %), 80-60 баллов – 7(25 %), 60-40 баллов – 15(45 %).

Объем образования 30 мм³-200 см³. Биопсия проводилась безрамочным аппаратом конструкции Канделя с помощью вакуумных и спиральных биоптеров с внутривенным контрастированием для коррекции положения биоптера.

Результаты и их обсуждение. Положительные результаты у 31(97 %) больных, у 1(3%) получены некротические участки вещества головного мозга. Среди положительных результатов – 16(52 %) глиомы, 7(23 %) - злокачественная лимфома, 2(6 %) - менингиома, 5(16 %) - воспалительный процесс; в 1(3 %) - внутримозговое кровоизлияние. Во всех случаях удалось избежать возникновения неврологического дефицита. Преимущество метода в проведении этапов под контролем КТ, что позволяет быстро устранить возможные интраоперационные осложнения. Верификация опухоли позволила провести оптимальную тактику лечения.

Выводы. 1. Биопсия – эффективный метод выбора тактики лечения больных с НГМГЛ; 2. Контроль КТ и контрастирование повышает точность ее проведения; 3. Интраоперационная КТ-визуализация позволяет своевременно дренировать ятрогенные внутримозговые гематомы и другие осложнения во время проведения биопсии

Ингинова К.А., Пискарева А.М., Литвинов И.О., Тесленко О.А. СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ ХНМУ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Для лиц молодого возраста характерен высокий ритм современной жизни, а также значительные психоэмоциональные и физические нагрузки, связанные со спецификой их профессиональной (учеба, работа, занятие спортом) и бытовой деятельности. Следствием такого перенапряжения нередко являются нарушения в работе регуляторных механизмов и, в частности, вегетативной регуляции, что существенно снижает не только уровень физической и умственной работоспособности, но и приводит к различным патологическим сдвигам в состоянии здоровья молодого организма.

Исходя из этого целью нашего исследования являлось проявление синдрома вегетативной дисфункции (СВД) среди 40 студентов ХНМУ в возрасте 20-22 лет с последующей оценкой его выраженности.

Для этого были поставлены такие задачи: 1) выявить наличие/отсутствие СВД; 2) оценить выраженность преобладающих симптомов СВД; 3) дать качественную оценку превалирования симпатического и парасимпатического влияния вегетативной нервной системы у обследованных.

Методы исследования. Для выявления вегетативных изменений среди молодежи в качестве метода исследования было выбрано анкетирование с использованием анкет двух вариантов: «Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений», заполняемый обследуемым самостоятельно, и «Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений», заполняемая исследователем.

Также произведено измерение таких вегетативных показателей как систолическое и диастолическое артериальное давление, пульс и минутный объем дыхания в покое и при выполнении ортостатической пробы. Дана оценка полученных показателей с помощью расчета вегетативного индекса (ВИ) Кердо.

Результаты исследований. Результаты исследования свидетельствуют, что СВД по субъективным ощущениям обнаружен у 34 человек (85%). Объективные данные оказались иными: СВД отмечали у 23 студентов (57,5%). Среди преобладающих симптомов, отмеченных самими студентами, наиболее часто отмечаются: покраснение лица – 22 чел., онемение или похолодание пальцев кистей, стоп – 20 чел., ощущение «сердцебиения, замирания» - 25 чел., затруднения при дыхании

испытывали 20 чел., приступообразные головные боли – 26 чел., быстрая утомляемость беспокоила 32 чел., нарушение сна отмечали 28 чел. Хотя при объективном осмотре обнаружено: изменение дермографизма – 28 чел., ухудшение самочувствия при смене погоды – 27 чел., плохая переносимость холода, жары, духоты – 25 чел., наличие повышенной тревожности, раздражительность, резкие смены настроения – 25 чел. Объективные вегетативные показатели в покое были таковы: среднее систолическое артериальное давление составляет 121 ± 12 мм рт. ст., диастолическое – 74 ± 12 мм рт. ст., пульс – 72 уд./мин., минутный объем дыхания – 3263 ± 922 мл. Показатели ортостатической пробы: систолическое давление – 128 ± 16 мм рт. ст., диастолическое – 80 ± 14 мм рт. ст., пульс – 80 ± 14 уд./мин., минутный объем дыхания – 3668 ± 980 мл. Суммируя субъективную и объективную симптоматику, у 21 обследованного студента превалирует симпатическое, а у 14 – парасимпатическое звено, что подтверждается изменениями индекса Кердо. Так, отрицательный показатель ВИ выявлен у 10, положительный – у 25 студентов, что также свидетельствует о преобладании симпатического влияния.

Выводы. Таким образом, можно говорить о высоком уровне распространения СВД среди студентов 4 курса ХНМУ (85%), а также о преобладании симпатического влияния вегетативной нервной системы.

Кебашвили С.В., Тесленко О.А.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Известно, что остеохондрозом позвоночника болеют около 80% взрослого населения планеты. При этом поражения нервной системы часто приводят к потере трудоспособности. Значительные экономические затраты на лечение таких больных требуют разработки новых эффективных комплексных программ физической реабилитации, в частности лечебной физкультуры (ЛФК).

Течение заболевания «волнообразное», в нем различают три периода: острый, подострый и период ремиссии. В первом периоде при наличии болей следует соблюдать строгий постельный режим. ЛФК применяется с гигиенической целью и носит общеукрепляющий характер. При снижении интенсивности болей следует включать изометрические упражнения для тренировки мышц брюшного пресса и больших ягодичных мышц. Количество повторения каждого упражнения 8-10 раз, темп медленный. В подостром периоде следует постепенно включать упражнения, увеличивающие силу мышц спины. Количество повторений специальных упражнений – 15-50 раз, темп ускоряется. В периоде ремиссии добавляется задача – увеличение подвижности позвоночного столба. Следует добиваться автоматизма поддержания специфической осанки в положении стоя и при ходьбе, когда поясничный отдел позвоночника кифозирован. Количество повторений специальных упражнений – 50-100 раз. Противопоказаниями для проведения ЛФК при остеохондрозе являются общее тяжелое состояние больного, сильные нестерпимые боли, повышенная температура, тяжелое течение сердечной недостаточности и т.д.

Проблема предупреждения развития остеохондроза позвоночника и устранения болевого синдрома остается актуальной и требует новых механизмов своего решения. Прежде всего, это разработка действенной программы физической реабилитации и ее доступность для всех категорий населения.

Кельгина Е.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРКИАФАВЫ-БИНЬЯМИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Научный руководитель: доц. Сало В.И.

Актуальность: синдром Маркиафавы-Биньями (СМБ) или центральная дегенерация мозолистого тела — разновидность алкогольной энцефалопатии с клинической картиной деменции и тяжёлыми неврологическими и вегетативно-соматическими расстройствами. Впервые СМБ была описана в 1903 году патоморфологами Маркиафавой (Е. Marchiafava) и Биньями (А. Bignami) у итальянских крестьян, употреблявших в течение многих лет большие количества красного вина домашнего изготовления. До внедрения в неврологическую практику методов нейровизуализации данный синдром диагностировался исключительно при аутопсии. При микроскопическом исследовании мозга больных с СМБ обнаруживают центральный некроз мозолистого тела с отёком и демиелинизацией, а также незначительными геморрагиями, атрофией коры головного мозга. Диагноз основывается на анамнезе заболевания (длительное употребление алкоголя), клинической картине и специфических поражениях мозолистого тела при МРТ исследовании головного мозга. Начинается заболевание с психических расстройств, развивающихся на протяжении нескольких лет. Эти расстройства сходны с прогрессирующей алкогольной деменцией. Неврологические расстройства разнообразны: резко выраженная дизартрия, астазия-абазия, генерализованная мышечная гипертония, часто сопровождаемая гиперрефлексией со спастической геми-, пара и даже тетраплегией, диссоциированные глазодвигательные нарушения, достигающие степени тотальной офтальмоплегии, ослабление сфинктеров, вегетативно-соматическими нарушениями. Чаще всего смерть наступает в состоянии комы.

Материалы и методы исследования: больная А. 35 лет поступила в неврологическое отделение областной клинической больницы г. Харькова с жалобами на выраженную слабость в конечностях, больше в нижних, шаткость при ходьбе, головокружение, нарушение речи, скованность движений. Со слов родственников у больной периодически возникали зрительные и слуховые галлюцинации, злоупотребляет алкоголем в течении длительного времени. Больная отмечает ухудшение состояния в течении 2 недель, когда постепенно выросла слабость в нижних конечностях. В неврологическом статусе: в сознании, эйфорична, периодически дезориентирована, дизартрия, парез взора вверх, конвергенция ослаблена, лицо симметрично, язык отечен по средней линии. Сухожильные рефлексы D=S оживлены, сила в нижних конечностях — 1,5 балла, в верхних конечностях — 2,5 баллов. Мышечный тонус повышен по спастическому типу, координаторные пробы выполняет с дисметрией интенцией с двух сторон, в позе Ромберга выраженная атаксия, походка паретическая, эмоционально лабильна, память снижена на текущие события. При дополнительных методах обследования обращает на себя внимание повышение печеночных ферментов, гепатомегалия, остальные общие и биохимические анализы крови и мочи — в пределах нормы, иной соматической патологии не выявлено. ЭНМГ верхних и нижних конечностей — признаки аксональной демиелинизирующей полинеuropатии. Магнитно-резонансном томографе (МРТ) головного мозга: грубое истончение задних отделов ствола мозолистого тела, наружно-внутренняя заместительная сообщающаяся гидроцефалия на фоне атрофических изменений коры полушарий головного мозга. Данная МРТ картина характерна для болезни Маркиафавы-Биньями.

Выводы: основным диагностическим критерием постановки диагноза СМБ является МР признаки демиелинизирующего поражение мозолистого тела в сочетании с алкогольным анамнезом, таким образом исключение употребления алкоголя снизит прогрессирования заболевания. Специфического метода лечения СМБ пока не разработано. В литературе встречаются единичные публикации о положительном влиянии витаминов группы В на течение и прогноз заболевания при ранней ее диагностике.

Куфтеріна Н.С.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ СУДИННИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет, кафедра неврології

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Григорова І.А.

Інсульт – це поширена причина первинної інвалідності та тимчасової і/або стійкої втрати працездатності. Медико-соціальна експертиза інвалідів, які перенесли мозковий інсульт, являє собою проблему через поширеність даної патології, високий рівень інвалідізації працездатного населення України.

В Україні за рік реєструють близько 110 тис. мозкових інсультів, з яких приблизно 40 тис. закінчуються летально. За останні 10 років кількість інсультів в Україні збільшилася в 1,6 разів. Ризик розвитку інсульту зростає зі збільшенням віку. Так, у молодому віці він виникає у 1 з 30 тис. осіб, у віці 75–84 років — у 1 з 45 осіб. Слід відзначити, що в осіб старше 25 років захворюваність і смертність від інсульту підвищується у 2 рази з кожним десятиліттям.

Незважаючи на те, що інсульт в осіб молодого віку в клінічній практиці зустрічається досить часто, проте більшість сучасних досліджень спрямована на вивчення захворюваності на інсульт у популяції в цілому без вікової орієнтації. На наш погляд, враховувати вік пацієнта, що переніс інсульт дуже важливо, оскільки лікування цих пацієнтів має бути різним. Нами було встановлено, що прогресування цереброваскулярної патології в осіб молодого віку пов'язано також із тим, що на ранніх етапах захворювання її важко об'єктивізувати, а на пізніх – лікувати. Між тим, на наш погляд, дуже важливим є етіологічні чинники та фактори ризику. На основі проаналізованих нами даних, було встановлено, що інсульти в осіб молодого віку найчастіше розвиваються на фоні вродженої або набутої патології судин головного мозку, вад серця, артеріальної гіпертензії, хвороби крові та коагулопатії, васкулітів, вживання наркотичних засобів, цукрового діабету, зловживання алкоголем та паління.

Таким чином, інсульт у молодому віці є актуальною проблемою сучасної неврології, що потребує подальшого вивчення. Під час профілактики та лікування захворювання обов'язкову увагу потрібно приділяти факторам ризику. Суттєвому зниженню ризику виникнення інсультів у даної категорії хворих сприятиме своєчасне виявлення та динамічне спостереження за групами ризику.

Лавров Ф.Д., Тесленко О.А.

АСТЕНОВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Научный руководитель Тесленко О.А.

При заболеваниях ЖКТ встречаются изменения нервной системы в виде: 1) астеновегетативного синдрома; 2) радикулярных и вегетативных болей; 3) гастродуоденовисцеральных нарушений; 4) полиневрита; 5) пароксизмальных состояний.

Астеновегетативный синдром встречается у одной трети больных с колитом, язвенной болезнью, гастритом, кардиоэзофагоспазмом, ахалазией пищевода и др. Характеризуется быстрой утомляемостью, пониженной работоспособностью, раздражительностью, головной болью, головокружением, болью в области сердца, тахикардией, поносами в различных частях тела. Начальным проявлениям заболеваний ЖКТ чаще сопутствуют симптомы раздражительной слабости (аффективные вспышки, несдержанность, слезливость), а длительному течению – симптомы астенизации (ослабление всех форм психической активности, мнительность, "уход в болезнь", пониженная работоспособность, пассивность). Преобладают аффективные реакции ипохондрического характера: угрюмость, тревога, подавленность. Наблюдаются вегетативные или вегетативно-сосудистые расстройства с преобладанием парасимпатических. Неврастенические симптомы являются одними из первых признаков анацидного гастрита. У больных с длительным течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки или колита иногда отмечается небольшая рассеянная симптоматика: общее повышение сухожильных рефлексов, низкие подошвенные и брюшные рефлексы, снижение глубокой чувствительности в пальцах ног. Выраженность синдрома, если он обусловлен гастритом, язвенной болезнью желудка или острым колитом, уменьшается по мере лечения, и больные обычно полностью выздоравливают.

Левашова А.И., Тесленко О.А.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Болезнь Бехтерева – системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставно-связочного аппарата позвоночника, а также периферических суставов и вовлечением в процесс внутренних органов. Имеет склонность к хроническому, прогрессирующему течению с развитием анкилозов. Причины заболевания полностью не установлены. Важнейшим фактором патогенеза является семейная предрасположенность, маркером которой считается HLA-B27. Мужчины болеют в 6-9 раз чаще, чем женщины. В Украине наблюдается увеличение показателей распространенности и заболеваемости анкилозирующим спондилоартритом, которые составляют 19,7 и 1,8 на 100 тыс населения.

Болезнь Бехтерева не ограничивается поражением лишь опорно-двигательного аппарата, возникают осложнения со стороны других систем организма, в частности нервной. У некоторых пациентов обнаруживают признаки поражения периферической нервной системы, обусловленные вторичным шейно-грудным или пояснично-крестцовым радикулитом. В связи с выраженным остеопорозом, после незначительной травмы могут развиваться переломы шейных позвонков с развитием квадриплегий. Под влиянием небольшой травмы при деструкции поперечной связки атланта развиваются атлантоаксиллярные подвывихи (2-3%). При анкилозирующем спондилоартрите подвывих атланта может привести к сдавлению спинного мозга. Более редким осложнением является развитие синдрома «конского хвоста» вследствие хронического эпидурита с импотенцией и недержанием мочи.

Ранняя диагностика и лечение помогают задержать прогрессирование заболевания, развитие осложнений, улучшить качество жизни больного, однако противостоять заболеванию пока невозможно.

Левчишина М.В., Тесленко О.А., Грибовод В.В., Коваль А.В.
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В
УКРАИНЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

В настоящее время болезнь Лайма (или клещевой нейроборрелиоз) рассматривается как инфекционное, природно-очаговое, полисистемное заболевание. По уровню распространенности и заболеваемости в странах Центрально-Восточной Европы, в том числе и в Украине, болезнь Лайма занимает первое место среди природно-очаговых инфекций, которые передаются клещами, а по темпам распространения – второе место после ВИЧ-инфекции.

Основной механизм передачи инфекции человеку – трансмиссивный. Циркуляцию боррелий в Европе обеспечивает лесной клещ (*I. ricinus*). Считается, что возбудителем болезни Лайма является *Borrelia burgdorferi*, однако некоторые различия в белковом составе изолятов боррелий из различных природных очагов позволили изначально предполагать, что Лайм-боррелиоз этиологически неоднороден. На Украине циркулируют 5 генотипов *B. burgdorferi sensu lato* (*B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii*, *B. garinii*, *B. valaisiana*, A14S). Средняя многолетняя заболеваемость в стране на протяжении 2000-2009 гг. составила $0,7 \pm 0,2$ на 100 тыс. населения. Болезнь Лайма встречается во всех 23 административных областях Украины и АР Крым. Самый высокий уровень заболеваемости отмечен в г. Киев, Черниговской, Черкасской, Сумской, Львовской и Донецкой областях.

Согласно данным, предоставляемых кафедрой инфекционных болезней ХМАПО, все районы Харьковской области, за исключением Коломакского, - неблагоприятны в плане Лайм-боррелиоза. В 2009 г. в Харьковской области болезнью Лайма заболели 43 человека, в 2010 г. – 53, в 2012 и в 2013 гг. – по 8 человек.

Клинически выраженная инфекция развивается у 0,5-3% инфицированных. Динамика патологических процессов характеризуется сменой воспалительных механизмов в начале заболевания на дегенеративно-атрофические по мере прогрессирования инфекции. Поражения нервной системы при болезни Лайма регистрируются в Украине у 17,7-26,1% пациентов. В 95% случаев протекает в виде раннего Лайм-нейроборрелиоза.

Таким образом, важной особенностью современной эпидемиологии болезни Лайма в Украине является тенденция к повышению уровня инфицированности в результате расширения ареала иксодовых клещей, увеличения их сезонной активности и формирования антропоургических очагов.

Марковская Е.В., Шапкин А.С. Кирилович Е.И.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Научный руководитель – проф. Григорова И.А.

В настоящее время рассеянный склероз (РС) по-прежнему остается одним из наиболее тяжелых неврологических заболеваний. Большинство нерешенных проблем данной патологии связано с отсутствием четких представлений об этиологии, патогенезе, а также достоверных критериев диагностики РС. Ранее предполагалось, что изменения при РС не распространяются за пределы ЦНС на периферическую нервную систему (ПНС). На сегодня доказано, что и в ПНС возникают структурные изменения уже на ранних стадиях заболевания, однако сведения о характере данных изменений малочисленными ограничиваются лишь констатацией факта демиелинизации.

Цель исследования – выявить особенности экспрессии циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), эндотелиальной и индуцибельной NO-синтаз (eNOS и iNOS) в нервах и сосудах кожи больных РС.

Для достижения поставленной цели нами были изучены биоптаты кожи 11 больных с установленным диагнозом РС (2 - вторично-прогрессирующий, 9 – рецидивирующий-ремиттирующий) и 3 больных без РС.

При микроскопическом исследовании биоптатов кожи больных РС отмечаются признаки демиелинизации нервных волокон. Выявляется их набухание, неравномерность импрегнации, появление четкообразных расширений и булавовидных вздутий. При окраске ткани методом Шпильмейера – миелиновые оболочки и осевые цилиндры неравномерно окрашены с очаговой фрагментацией и наличием аневризмоподобных расширений. Также отмечается умеренно выраженной периваскулярной и периневральной лимфогистиоцитарной инфильтрации. Шванновские клетки набухшие.

При проведении иммунопероксидазной реакции с использованием моноклональных антител к ЦОГ-2, eNOS и iNOS отмечается достоверное увеличение экспрессии ЦОГ-2 и iNOS в цитоплазме шванновских клеток с равномерным распределением позитивно окрашенных гранул данных ферментов в клеточных структурах. Экспрессия iNOS выявляется также и в эндотелии сосудов. Изучение активности eNOS показывает расширение зон положительной активности данной фракции синтазы оксида азота за счет появления позитивно окрашенных структур вдали от сосудистого русла. В тоже время степень экспрессии в таких участках не достигает интенсивности выявляемой в стенке сосудов и периваскулярном пространстве.

Таким образом, можно констатировать, что морфофункциональные изменения в элементах ПНС при РС проявляются в виде демиелинизации и дистрофических изменений в нервных волокнах, а также развития воспалительных изменений в периневральном и периваскулярном пространстве. Одним из звеньев патогенеза, усиливающих структурные периферические нарушения, может служить активация синтазы оксида азота, прежде всего ее индуцибельной фракции, и циклооксигеназы-2.

Полученные данные также подтверждают связь эндотелиальной (сосудистой) дисфункции с изменениями ПНС при РС.

Новохатский М.С.

РАРИТЕТНЫЙ СЛУЧАЙ В НЕВРОЛОГИИ: БОЛЕЗНЬ ГАЛЛЕРВОРДЕНА-ШПАТЦА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Научный руководитель: к. мед.н., доц. Е. К. Резниченко

Актуальность: Болезнь Галлервордена — Шпатца (БГШ) — наследственное дегенеративное заболевание нервной системы, связанное с накоплением железа в базальных ганглиях. Впервые описана немецкими морфологами Джулиусом Галлерворденом и Хьюго Шпатцем в 1922 г. БГШ считается редким заболеванием, хотя истинная его частота остается неизвестной. Установлено наследование этой патологии по аутосомно-рецессивному типу. В клинической практике болезнь встречается в виде спорадических, а так же семейных случаев.

Наиболее характерными признаками заболевания считают синдром паркинсонизма, различные виды гиперкинезов, пирамидные знаки, снижение когнитивных функций, пигментную ретинопатию, атрофию зрительных нервов и др.

Диагностика БГШ производится методом дифференциального исключения сходной патологии, а так же с помощью ядерно-магнитно-резонансной томографии

(ЯМРТ), которая выявляет на аксиальных срезах базальных ганглиев типичный симптом «глаза тигра» - симметричное снижение интенсивности сигнала в области бледного шара и ретикулярной зоны черной субстанции (вследствие отложения железа). В литературе встречаются единичные публикации, посвященные этой крайне редкой патологии, в которых подчеркивается сложность ее диагностики.

Материалы и методы исследования: в декабре 2013 года в неврологическое отделение Областной клинической больницы г. Харькова поступил больной В. 42 лет с жалобами на скованность движений, шаткость при ходьбе, затруднение речи. Болеет в течение 3 месяцев, когда без видимой причины появились вышеописанные жалобы. При рутинном обследовании соматической патологии не выявлено. В неврологическом статусе: в сознании, ориентирован во времени и пространстве, несколько эйфоричен, эмоционально лабилен, память снижена на текущие события. Со стороны черепно-мозговой иннервации без патологии, гипомимичен. Сила в конечностях достаточная. Мышечный тонус несколько повышен в правых конечностях по спастическому типу, в левых – по пластическому. Сухожильные рефлексы D<S, оживлены, брюшные D=S, патологических знаков нет. Чувствительность не нарушена. Координаторные пробы выполняет неуверенно. В позе Ромберга атаксия. Походка «шаркающая, мелкими шажками». Общеклинические анализы крови и мочи без патологии. С целью дифференциальной диагностики больному было проведено исследование концентрации меди, железа, церуллоплазмينا в сыворотке крови, которые не отличались от нормальных показателей. Заключение окулиста: без патологии. На высокопольном (1,5 Тл) ЯМРТ: выраженное снижение сигнала от бледных шаров и скорлупы с двух сторон, распространяющееся до перивентрикулярного белого вещества на уровне тел боковых желудочков. Перифокально в белом веществе семиовальных центров визуализируется гиперинтенсивная зона. Аналогичное снижение сигнала определяется от зубчатых ядер полушарий мозжечка. Отмечается слабое очаговое симметричное снижение сигнала, определяемое от подушек таламусов. Определяется гипотрофия подкорковых ядер. Кора полушарий головного мозга истончена. Выраженное расширение борозд и истончение извилин червя и гемисфер мозжечка. Данные ЯМРТ являлись характерными для структурных изменений головного мозга при данном заболевании, что дало нам возможность выставить диагноз: Болезнь Галлервордена-Шпатца. Больной консультирован медицинскими генетиками, диагноз был подтвержден.

Выводы: основными методами диагностики болезни Галлервордена — Шпатца являются ЯМРТ и генетическое исследование. Безусловно с целью дифференциальной диагностики необходимо проводить рутинное клинико-параклиническое исследование.

Ремяняк Ю.К.

АБУЗУСНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПУТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии

Головная боль (ГБ) входит в первую десятку причин утраты трудоспособности в мире, снижает качество жизни пациентов и влияет на их повседневную деятельность и настроение. Проблема головной боли является мультидисциплинарной, с ней сталкиваются врачи разных специальностей. Каждый шестой человек на планете страдает или когда-либо переносил ГБ.

ГБ может являться как самостоятельным заболеванием, так и симптомом многих патологических состояний организма, в том числе и угрожающих жизни пациента. Она является "сторожевым механизмом", сигнализирующим о неблагополучии в организме и поэтому требует адекватной своевременной диагностики и правильного

подобранного этиопатогенетического лечения, а зачастую и хирургического вмешательства. Однако, учитывая наличие большого количества информационных источников (реклама, интернет, научно-популярная и специальная литература), а также большой выбор безрецептурных противоболевых препаратов пациенты самостоятельно, зачастую бесконтрольно назначают себе и принимают различные медикаменты (анальгетики, нестероидные противовоспалительные, комбинированные препараты) для купирования ГБ. Учитывая все вышеизложенное, пристального внимания врачей и пациентов требует такой вид вторичной ГБ, как абузусная ГБ (от англ. слова to abuse- злоупотреблять), которая возникает при неправильном использовании противоболевых препаратов, чаще у пациентов, страдающих первичной ГБ (мигрень, головная боль напряжения, кластерная ГБ).

Абузусная ГБ проявляется двусторонней ГБ незначительной или умеренной интенсивности, давящего, сжимающего характера, чаще лобно-затылочной локализации или распространяющейся по всей голове. Боль присутствует на протяжении более 15 дней в месяц у человека, который принимает обезболивающие препараты в течение не менее 15 дней в месяц на протяжении 3 месяцев. Ранее такую боль называли "рикошетная" ГБ, лекарственная ГБ, анальгетик-зависимая ГБ, ГБ отмены. В популяции абузусна ГБ встречается у 4 % пациентов. В специализированных клиниках абузус диагностируется у 40 % пациентов. Механизм такого парадоксального действия противоболевых препаратов изучен недостаточно. Вероятно, факторами, способствующими развитию этого вида ГБ, являются состояния ноцицептивной и антиноцицептивной систем, уже имеющаяся первичная ГБ, которая является поводом для приёма обезболивающих, особенности личности, тревожность, страх перед болью, применение противоболевых средств с профилактической целью, инсомния, расстройства психики, такие как депрессия и тревога, которые способствуют развитию психологической зависимости от лекарств, наследственная предрасположенность к злоупотреблению лекарственными средствами.

Анализ анамнестических данных пациентов свидетельствует о том, что чередование периодов частого применения препарата с относительно продолжительными периодами без лечения, гораздо реже приводит к формированию данного вида ГБ. Также следует отметить, что применение обезболивающих по поводам, не связанным с ГБ, например, для лечения артритов или приём аспирина для лечения сердечно-сосудистых заболеваний никогда не приводят к развитию абузусной ГБ. Анализ медицинской документации показал, что чаще всего абузусная ГБ возникает от избыточного применения цитрамона (17%), седалгина (13%), пенталгина (10%), каффетина (7%) и при сочетании нескольких анальгетиков (38%). ГБ от избыточного применения других препаратов составляет 15 %. На фоне злоупотребления обезболивающими препаратами происходит трансформация мигрени: односторонние ГБ становятся билатеральными, превращаются из эпизодических в постоянные, при этом снижается их интенсивность и количество сопровождающих симптомов. Лечение лекарственного абузуса включает в себя отмену абузусного анальгетика, детоксикацию, профилактическое лечение (антиконвульсанты, антидепрессанты, миорелаксанты), поведенческая коррекция и психотерапия, биоадаптивное регулирование, плазмозферез, озонотерапия, методики рефлексотерапии, лечебная физкультура. Также пациентам с абузусной ГБ необходим строгий контроль количества принимаемых обезболивающих средств, понимание нецелесообразности самодиагностики и самолечения, осознание важности своевременной постановки диагноза и адекватно подобранной терапии основного

заболевания, выполнения профилактических мероприятий.

Соляник А.О., Резниченко Е.К.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МИГРЕНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Харьковский Национальный Медицинский Университет, кафедра неврологии

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Григорова И.А.

Вступление: Мигрень – это гемикрания, которая обусловлена спазмом, дилатацией мозговых сосудов с развитием ишемии и отека. По литературным данным мигрень начинается в молодом возрасте – в 60% случаев от 18 до 20 лет. Все болезни в последнее время сильно «помолодели», так и мигренозные приступы стали не редкостью у детей дошкольного и школьного возраста. Однако проблема головной боли у детей до сих пор изучена недостаточно. Клинические проявления мигрени у детей и подростков отличаются от таковых у взрослых, что затрудняет диагностику данного заболевания.

Целью данного исследования являлось изучение особенностей клинических форм мигрени у детей и подростков.

Материалы и методы: Было обследовано 29 детей в возрасте от 8 до 14 лет (из них 18 мальчиков и 11 девочек), проходивших обследование на кафедре неврологии ХНМУ и детской городской поликлинике №15 с установленным диагнозом мигрень. Обследование данной категории лиц проводилось по разработанной схеме тщательного учета жалоб и неврологической симптоматики.

Результаты: Наши исследования показали, что в детском возрасте чаще встречается мигрень без ауры (простая форма) у 16 детей. Мигрень с аурой выявлена у 13 детей. Клиника мигренозного приступа у детей отличается полиморфизмом, приступы головной боли тяжелые, но менее продолжительные, чем у взрослых. В 72% случаях приступ купировался сном или отдыхом без применения лекарственных средств.

Особенность ауры заключалась в полиморфизме проявлений. Это было сочетание вестибулярных, зрительных и вегетативных изменений. У 3 пациентов встречалась моносимптомная аура. Из зрительных нарушений преобладали изменение полей зрения в виде его сужения, микрофотопии, анопия. Некоторые дети описывали нарушения зрительного восприятия («синдром Алисы в стране чудес»). У 2 детей с гемипарестетической аурой присутствовали зрительные нарушения. Только в одном случае была выявлена офтальмоплегическая аура, сочетавшаяся с ярко выраженным паническим компонентом. Также на примере наших пациентов мы проследили за возрастными аспектами дебюта мигрени. На ЭЭГ у больных регистрировалась диффузная медленноволновая активность, которая сохранялась у 4 больных и в межприступный период. Мигрень с аурой, которая наблюдалась у 13 детей, сопровождалась высокой спайковой активностью преимущественно в затылочных отведениях, высокой мощностью δ -колебаний (во всех отведениях) и Δ -колебаний (в затылочных отведениях), межполушарной асимметрии обнаружено не было. Мигрень без ауры характеризовалась такими изменениями на ЭЭГ: отсутствие снижения мощности медленной активности и недостаточная мощность α -ритма.

Нами было установлено, что в анамнезе у 64% детей с мигренью имелись перинатальные поражения центральной нервной системы, у 40% - закрытая черепно-мозговая травма.

Выводы: На основании проведенного нами исследования можно сделать следующие выводы: 1) В детском и подростковом возрасте чаще встречается мигрень без ауры. 2) Аура при мигрени у детей и подростков отмечалась полиморфизмом

своих проявлений. 3) В большинстве случаев у больных с мигренью в анамнезе имеются поражения ЦНС. 4) Дебют мигренозных пароксизмов у большинства пациентов приходится на подростковый возраст.

Тихова А. И., Резниченко Е.К.

НАТАЛИЗУМАБ КАК НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии
Научный руководитель – д.м.н., профессор Григорова И.А.

Актуальность: рассеянный склероз (РС) – заболевание центральной нервной системы (ЦНС), наиболее часто возникающее среди молодых людей (от 20 до 40 лет), сопровождающееся неврологическими симптомами и приводящее к инвалидности. На протяжении последних лет наблюдается рост заболеваемости РС, омоложение контингента больных. В 2010 г. зарегистрировано 19 438 (51,6 на 100 тыс. населения), а в 2011 г. — 19 873 (52,9 на 100 тыс. населения) случая РС.

Целью исследования явилось изучение эффективности Натализумаба (Н) для предупреждения рецидивов РС.

Материалы исследования: мы наблюдали 3 женщин (26-ти, 28-ти, 31-го года), с установленным диагнозом – РС, ремиттирующий тип течения, которые получали препарат Н – 300мг в виде внутривенной инфузии 1 раз в месяц в течение 1 года. По шкале инвалидизации EDSS их баллы не превышали 3,5.

Результаты: У пациенток отмечалась стойкая ремиссия, однако на протяжении первых 6 месяцев они жаловались на недомогание, общую слабость, головную боль, головокружение, тошноту, иногда рвоту; периодически отмечались артралгии, явления назофарингита, озноба или жара. В период приема препарата больные отмечали частые простудные заболевания. На высокопольном (1.5 Тесла) магнитно-резонансном томографе (МРТ) головного мозга с контрастным усилением (гадолиний) через год у 2 пациенток не отмечалось отрицательной динамики. У 1 пациентки снизилось число T2-гиперинтенсивных повреждений.

Выводы: 1. Применение Натализумаба приводит к уменьшению клинической частоты рецидивов, количества гадолиний-контрастированных новых или увеличивающихся повреждений на МРТ. 2. При приеме Н происходит угнетение иммунитета, что и ведет к частым острым респираторным заболеваниям. 3. В течение первых 6 месяцев приема Н вызывает побочные эффекты.

Фельдман Д. А., Червань И.В.

НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии
Научный руководитель: к.м.н., доц. Сало В.И.

На сегодняшний день невропатическая боль (НБ) является распространенной патологией и составляет в разных странах мира 6-7,7%. В популяции НБ встречается в 1-1,5% случаев и объединяет целую группу хронических болевых симптомов.

Невропатическая боль (НБ) развивается в результате повреждения или дисфункции системы, которая в норме проводит болевой сигнал. Патофизиологической основой НБ является повышенная возбудимость нейронов, возникающая вследствие пластических изменений в структурах, связанных с проведением и обработкой ноцицептивных сигналов. НБ не имеет защитного характера, а является хроническим дизадаптирующим состоянием с

сопутствующими сенсорными, вегетативными и трофическими расстройствами. Чаще боли возникают при диабетической и алкогольной невропатиях – в 25-45% случаев. Типичными примерами НБ являются синдром диабетической стопы, невралгия тройничного нерва, фантомные боли, постинсультная центральная боль. НБ имеет характер дизестезии и проявляется в виде печения, прострела, нередко имеет тупой, ноющий, пульсирующий или сжимающий характер. Отмечаются вегетативные расстройства, нарушается сон. Боль часто вызывает эмоционально-стрессовые нарушения. Для диагностики НБ проводят оценку чувствительности. Для облегчения диагностики НБ были разработаны опросник DN4; болевая шкала LANSS; шкала невропатических нарушений (NIS); шкала общей оценки симптомов невропатии (NTSS-9); опросник боли PainDetect. Для лечения НБ, наряду с нестероидными противовоспалительными средствами, используют три основных компонента: этиопатогенетическая фармакотерапия расстройств метаболизма, фармакотерапия боли, немедикаментозные методы лечения. Из метаболических лекарственных средств выделяют две группы препаратов: а-липоевая кислота и витамины группы В. а-липоевая кислота имеет антиоксидантные и антиоксидантные свойства, её принимают 600 мг/сутки внутривенно капельно на протяжении 2–3 недель, потом — по 600 мг/сутки внутрь (за 1 приём) на протяжении 2–3 месяцев. Витамины группы В обладают анальгетическим действием, влияют на невропатический компонент боли. При лечении боли более эффективна комбинация витаминов В1, В6 и В12. Витаминные комплексы применяют в высоких фармакологических дозах: В1 — 100–400 мг/сутки, В6 — 50–200 мг/сутки, В12 — 1000 мг/сутки. Лечение следует проводить от 2 до 6 недель. Симптоматическая терапия: местные анестетики, центральные миорелаксанты, антиаритмические препараты, антидепрессанты, антиконвульсанты. Препараты первой линии - трициклические антидепрессанты, прегабалин, габапентин; препараты второй линии – норадреналин (при отсутствии кардиальных осложнений); препараты третьей линии – трамадол и сильные опиоиды. Появление нового препарата габапентин (Тебантин) из группы антиконвульсантов открыло новые перспективы в лечении невропатической боли. Точкой приложения Тебантина являются вольтажзависимые кальциевые N-каналы, расположенные в поверхностной пластинке заднего рога, что объясняет антиаллодиническое действие Тебантина. При неэффективности медикаментозного лечения показана нейростимуляция.

Таким образом, лечение НБ на сегодняшний день является сложным заданием для медицины, выбор метода лечения должен основываться на современных методах диагностики. В будущем успех и перспективы лечения данной патологии связывают с разработкой новых препаратов, которые будут влиять на конкретные патофизиологические механизмы данного синдрома и будут в наибольшей степени влиять не на симптоматическое, а на этиопатогенетическое лечение.

Хоменко М.А., Резниченко Е.К.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ПРИМЕНЕНИЙ БОТУЛОТОКСИНА (ДИСПОРТ) ПРИ СПАСТИЧЕСКОЙ КРИВОШЕЕ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии
Научный руководитель: д.мед.н., проф. И.А. Григорова**

Спастическая кривошея - фокальная форма мышечной дистонии, проявляющаяся тоническими, клоническими или тонико-клоническими спазмами мышц шеи, в результате чего возникает постоянное или периодическое насильственное отклонение

головы и шеи от срединной линии тела. Повышение напряжения и самопроизвольные движения мышц шеи и затылка вызывают наклон и поворот головы, сопровождающиеся болевым синдромом. Заболевание снижает качество жизни человека, влияет на психологическое состояние, ухудшает его социальную адаптацию. Известно, что препараты ботулотоксина являются основным эффективным средством в лечении такого локализованного спазма, как спастическая кривошея.

Цель и задачи исследования - изучение эффективности ботулинотоксина (препарат «Диспорт») при повторных его введениях больному со спастической кривошеей.

Методы и материалы. Был обследован больной Ч., 37 лет с установленным диагнозом - спастическая кривошея. Для лечения применяли препарат «Диспорт», трижды, с интервалом 1 раз в год. Препарат в дозе 350 ЕД вводили ипсилатерально в правую ременную мышцу и в дозе 150 ЕД - ипсилатерально в правую грудинно-ключично-сосцевидную мышцу. Общая доза - 500 ЕД на 1 процедуру. Препарат разводили в 1 мл 0,9% раствора хлорида натрия. Более стойкие и полные эффекты ботулотоксина проявляются при максимальном мышечном сокращении, достаточной внутриклеточной концентрации ионов кальция и калия, воздействии низких температур. Поэтому, за 2 недели до инъекции пациенту назначен прием препаратов кальция и калия с витамином D, непосредственно перед инъекцией и сразу после нее - охлаждение области и интенсивное напряжение инъецируемых мышц в течение 15-30 мин. после процедуры.

Результаты. Клиническое миорелаксирующее действие препарата после инъекции отмечалось через 7-14 дней. В разные годы продолжительность эффекта была различной и уменьшалась с каждым следующим введением. Положительный терапевтический эффект сохранялся в 1-й год - 8 месяцев, во 2-й год - 6 месяцев, в 3-й год - 4 месяца.

Выводы. Данные нашего исследования показали, что с каждым последующим применением ботулинотоксина продолжительность терапевтического эффекта неуклонно снижается. Это, по-видимому, объясняется тем, что присутствие белковых молекул является фактором, способствующим образованию нейтрализующих антител ко всему нейротоксин-гематоглиутининовому комплексу, что может явиться причиной вторичной нечувствительности пациентов к повторным инъекциям препарата.

Черненко М.Е.*, Вовк В.И.**

МАТРИКСНАЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА-9 ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ТЕЧЕНИЯ И СТАДИЯХ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

***ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»,**

****ХНУ им.В.Н.Каразина, кафедра психиатрии, неврологии, наркологии и медицинской психологии**

Научный руководитель: д.м.н., профессор Волошина Н.П.

Вступление: верификация обострения при рассеянном склерозе является актуальной и достаточно сложной клинической задачей. В ряде случаев имеет место несоответствие между клиническими и магнитно-резонансно-томографическими данными, когда на фоне клинического благополучия определяется нейровизуализационная активность процесса и наоборот, что обуславливает поиск дополнительных критериев, определяющих выраженность воспалительного процесса. Потенциально информативным является метод определения уровня матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) в сыворотке крови больных РС. При РС ММП-9 секретируется Т-лимфоцитами, повреждает сосудистую стенку, делая возможным проникновение аутоагрессивных лимфоцитов через гематоэнцефалический барьер в центральную нервную систему и дальнейшее развитие в ней аутоиммунного

воспалительного процесса. В качестве дополнительного исследования, позволяющего уточнить активность воспалительного процесса при РС, был выбран метод определения ММП-9 в сыворотки крови.

Цель работы: исследовать активность воспалительных реакций при разных типах течения и стадиях патологического процесса с учетом содержания ММП-9 в сыворотке крови больных РС.

Материалы и методы: было обследовано 135 больных с достоверным (согласно критериям McDonald, 2010) рассеянным склерозом (54 мужчин и 81 женщин) в возрасте от 20 до 61 лет с различными типами течения заболевания. Средний возраст больных с ремиттирующе-рецидивирующим типом течения (РРТ) составлял $35,97 \pm 0,93$ лет, у больных с вторично-прогрессирующим типом (ВПТ) средний возраст был $41,18 \pm 1,40$ лет, и у больных с первично-прогрессирующим типом течения (ППТ) этот показатель составлял $42,20 \pm 2,59$ лет. Количество больных РРТ РС на стадии обострения – 26 человек, на стадии ремиссии – 45. На стадии прогрессирования ВПТ было обследовано 28 человек, на стадии стабилизации – 21. Стадия прогрессирования у больных с ППТ была определена у 8 больных, а стадия стабилизации – у 7. Количественное (нг/мл) определение содержания ММП-9 проводилось в сыворотке крови при помощи метода иммуноферментного анализа (HumanMMP-9 ELISA, BioTechLab-S).

Результаты: Наибольшие значения ММП-9 наблюдались в группе больных с РРТ на стадии обострения заболевания ($381,54 \pm 22,19$, ($p < 0,001$)). На стадии ремиссии уровень ММП-9 находился в пределах нормы и составлял $122,05 \pm 7,82$ ($p < 0,001$). На стадиях активности заболевания при ВПТ и ППТ были получены повышенные уровни ММП-9: $169,98 \pm 15,64$ и $147,03 \pm 6,78$ соответственно ($p < 0,001$). Полученные данные подтверждают, что воспалительные реакции при ВПТ более выражены, чем при ППТ, для которого свойственно превалирование дегенеративных процессов над воспалительными. При анализе уровня ММП-9 на стадиях стабилизации неожиданно были получены более высокие уровни при ППТ ($121,96 \pm 10,90$), чем при ВПТ ($114,64 \pm 8,43$). Это может быть объяснено достаточно большой разницей в количестве больных в группах – в группе ППТ на стадии стабилизации в три раза меньше больных по сравнению с группой на стадии стабилизации ВПТ.

Выводы: определение уровня ММП-9 может быть рекомендовано в качестве дополнительного критерия активности патологического процесса при РС, особенно в тех случаях, когда проведение МР-томографического исследования по каким-либо причинам затруднительно.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Гончарь Е.Н., Плюшко Д.Г.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ L-АРГИНИНА В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии
Научный руководитель: д.мед.наук, проф. Бездетко П.А.

По данным литературы одной из самых важных по своей метаболической значимости аминокислот является L-аргинин (Wu G. et al., 2009), донатор оксида азота (Valero R. et al., 2000; Li S.Q. et al., 2003; Nikolic J. et al., 2007; Oszoy Y. et al., 2011), локального тканевого гормона с множеством эффектов - от провоспалительного до сосудистых эффектов, а так же стимуляции ангиогенеза. Аргинин – условно незаменимая аминокислота, которая у взрослого и здорового человека вырабатывается в достаточном количестве, в то же время у детей и подростков, у пожилых и больных людей уровень синтеза аргинина часто недостаточен, что приводит к стремительному развитию ряда патологических процессов (Chen Y.J. et al., 2005; Morris S.M.Jr. et al., 2012).

На сегодняшний день L-аргинин широко применяется в косметологии, трихологии, стоматологии, а так же присутствует в рецептуре гепатопротекторов, иммуномодуляторов, кардиологических препаратов, в средствах для парентерального питания в послеоперационном периоде. L-аргинин используется для лечения ожоговых больных, мужского и женского бесплодия, эректильной дисфункции и старческого слабоумия (Appleton J., 2002). Кроме того, доказано подавляющее действие L-аргинина на репликацию вируса простого герпеса (тип-1) и некоторые другие РНК-вирусы (Naito T. et al., 2009), изучено положительное действие в лечении больных с ВИЧ/СПИДом (Appleton J., 2002), и в клинических исследованиях в качестве средства терапии различных нейродегенеративных заболеваний.

В офтальмологии описано влияние L-аргинина на внутриглазное давление (Mendrinis E. et al., 2010), а в экспериментальной модели на грызунах отмечено значительное повышение порога световой чувствительности сетчатки и повышение «выживаемости» ганглионарных клеток сетчатки (Chuman H. et al., 2013).

Экспериментальные исследования косвенно подтверждают ранее полученные нами данные о нейропротекторном эффекте применения L-аргинина в лечении больных с первичной открытоугольной глаукомой (патент Украины UA 52177 U).

Гончарь Е.Н., Помогаев С.А.

ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ГАНГЛИОНАРНЫХ КЛЕТОК СЕТЧАТКИ КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
офтальмологии**

Научный руководитель: д.мед.наук, проф. Бездетко П.А.

Цель работы: изучение значения толщины комплекса ганглионарных клеток сетчатки в прогрессировании первичной открытоугольной глаукомы.

Материалы и методы: Нами было обследовано 98 больных (158 глаз) с первичной открытоугольной глаукомой. Возраст пациентов колебался от 48 до 83 лет. Обследование включало

общепринятые офтальмологические методы исследования, а так же статическую компьютерную периметрию и оптическую когерентную томографию.

Результаты. Нами установлено, что при первом обращении у пациентов с прогрессирующей первичной открытоугольной глаукомой толщина комплекса ганглионарных клеток сетчатки (GCL+IPL) была достоверно меньше ($59,5 \pm 2,26 \mu\text{m}$), в сравнении со стабилизированной первичной открытоугольной глаукомой ($65,6 \pm 1,22 \mu\text{m}$; $t=2,378$; $p < 0,05$). Толщина комплекса ганглионарных клеток сетчатки в нижней части макулярной области также была достоверно меньшей при прогрессирующей глаукоме, чем при стабилизированной ($58,4 \pm 2,11 \mu\text{m}$ и $65,1 \pm 1,26 \mu\text{m}$ соответственно; $p < 0,05$). Кроме того, нами изучена динамика толщины комплекса ганглионарных клеток сетчатки при прогрессирующей и стабилизированной первичной открытоугольной глаукоме, и полученные результаты позволяют считать данный показатель важным критерием прогрессирования заболевания.

Выводы. Толщина комплекса ганглионарных клеток сетчатки является важным критерием прогрессирования первичной открытоугольной глаукомы.

Громова Ю.А.

СТАБИЛЬНОСТЬ ОРИЕНТАЦИИ МЯГКИХ ТОРИЧЕСКИХ СИЛИКОН-ГИДРОГЕЛЕВЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ С РАЗНЫМИ ВИДАМИ БАЛЛАСТА

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра офтальмологии

Научный руководитель: к.мед.наук Пахомова А.В.

Актуальность. Количество подборок торических мягких контактных линз в последние годы резко возросло во всем мире и составило одну четвертую часть всех назначений контактных линз дневного ношения для первичных пациентов. По данным British Contact Lens Association, 2013, в настоящее время мягкие торические линзы уже сегодня носят 35-40% пользователей контактными линзами в Австралии, США, Великобритании и Канаде.

Цель. Для повышения качества зрения и удовлетворения пациентов, ведущих активный образ жизни и занимающимися динамическими видами спорта, с клинически значимым астигматизмом, провести оценку стабильности ориентации мягких торических силикон-гидрогелевых контактных линз с разными видами балласта.

Материалы и методы. Подбор мягких контактных торических линз осуществлялся лицам 21-36 лет с миопическим астигматизмом от 0,75 Д до 2,25 Д. Гендерные данные: женщин (65%), мужчин (35%). Проводились следующие диагностические исследования: оценка физической и физиологической посадки линзы (Axis Auto Ref-Keratometer TSRK-100, ПЗ EUCARIS terascience, ast tests), измерение ориентационных меток и стабильности положения контактной линзы, проба Норна, тест Ширмера. Все пациенты разделены на две группы, в зависимости от применяемых мягких торических линз (МКЛ). Первая группа пациентов ($n=31$) использовала торические МКЛ Air Optix for Astigmatism со стабилизацией Precision balance 8/4, вторая исследуемая группа ($n=29$) - Acuvue Oasys for Astigmatism с дизайном ускоренной стабилизации.

Результаты. В обеих исследуемых группах отмечалось: полное покрытие роговицы МКЛ, адекватная подвижность ($0,2-0,4\text{мм}$), гладкое скольжение при Push-up test, оптимальное положение ориентационных меток. Временной показатель стабилизации линзы в первой группе составил $58,2 \pm 2,1\text{с}$, а во второй - $56,2 \pm 2,1\text{с}$ (степень достоверности различий между показателями $p > 0,05$). Торические мягкие контактные линзы, предназначенные для коррекции астигматизма, нуждаются в адекватной фиксации положения осей на глазу.

Выводы. На наш взгляд, уверенность в подборе мягких торических контактных линз для пациентов, ведущих активный образ жизни даёт: ускорение стабильной ориентации линзы, обеспечение достаточного транспорта кислорода к роговице и упрощенная процедура подбора.

Гулiда А.О **ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ РЕШІТЧАСТОЇ ПЛАСТИНИ У ХВОРИХ НА** **МІОПІЮ**

Харьковский національний медичний університет, кафедра офтальмології

Науковий керівник: д.мед.н. проф. Бездітко П.А.

Актуальність. За даними Е. С. Аветісова (2002) поширеність міопії в розвинених країнах становить 19-42 %, у деяких країнах Сходу досягає 50-70%. Прогресування міопії може призвести до серйозних незворотних змін в очах і значній втраті зору (Е.С. Аветисов 1986, Е.П Тарутта, 2005). Прогресування міопії здійснюється за рахунок розтягнення склери. В області виходу зорового нерва в задньому полюсі ока розташовується решітчаста пластинка (РП). Це дірчаста архітектура, яка складається з мережі пучків волокон сполучної тканини, які забезпечують структурну і функціональну підтримку аксонів ретинальних гангліозних клітин і судин в зоровому нерві. Цілісність та функціонування аксонів зорового нерву, та судин цієї частини зорового нерву залежить від морфологічних структур решітчастої пластинки. Крім того, решітчаста пластинка зберігає градієнт тиску між інтраокулярним і екстраокулярним простором та забезпечує комфортний фізіологічний стан зорового нерва. На сьогоднішній день існує досить робіт з дослідженнями змін решітчастої пластинки при глаукомі. Донедавна такі дослідження були можливі лише за допомогою морфологічних досліджень на енуклеірованих очах. В останні роки у зв'язку з розвитком науково - технічного прогресу і збільшенням діагностичних методів стало можливим вивчення змін структур решітчастої пластинки за допомогою вітальних методів дослідження. Проте, подібних досліджень у хворих на міопію досі проведено не було. Це і обумовлює актуальність визначеної теми.

Ціль роботи проаналізувати доступну літературу про характер змін решітчастої пластинки у хворих на міопію та обґрунтувати можливість вітальних методів дослідження цієї структури.

Матеріали і методи. Проаналізовано робота (Jost B. Jonas, Eduard Berenshtein and Leonard Holbach, 2004 рік) де були проведені морфологічні дослідження 49 хворих з нормотензивною глаукомою. Серед них була відокремлена група з наявністю міопії. Для вітального дослідження РП авторами Tadamichi Akagi, Masanori Hangai, Kohei Takayama, Atsushi Nonaka, Sotaro Ooto and Nagahisa Yoshimura (2012 рік) розроблено метод адаптивного оптичного сканування лазерним офтальмоскопом (AOSLO) у хворих. Brenda Nuyen, Kaweh Mansouri, Robert N Weinreb у (2012 рік) застосовували методи Source-swept optical coherence tomography (SS-OCT) та Enhanced depth imaging (EDI- OCT) які за рахунок більш високої роздільної здатності дозволяють оцінити деталі структури решітчастої пластинки навіть крізь нейроретинальний обідок, васкулярні структури та склеральний обідок.

Результати. При високій міопії порівняно з нормальною дослідницькою групою визначається витончення решітчастої пластинки з 457.7 до 206.7 мкн. Найкоротша відстань між внутрішньоочним простором і простором спинномозкової рідини значно коротше у хворих з міопією (461.4 та 557.9 мкн відповідно). При дослідженнях за допомогою AOSLO технологій показана можливість виміру площі пор РП (2507.7

мкн), індекс елонгації пор (2.13 мкн) . За допомогою SS-OCT та EDI- OCT технологій, завдяки спеціальній функції можливим пошарова візуалізація і вивчення морфологічних мікроструктур архітектури РП.

Висновки: 1. У хворих з міопією є грубі порушення структури решітчастої пластини. 2. Методи діагностики AOSLO, SS-OCT та EDI- OCT дозволяють детально вивчати характеристику решітчастої пластини (характер поверхні, величину і особливість розташування та розмір пор), морфологічну мікроструктуру решітчастої пластини. 3. Доцільно вивчити структуру решітчастої пластини за допомогою доступних вітальних методів дослідження таких, як: MPT, OKT, HRT .

Дурас А.А., Храмова Т.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПИГМЕНТНОЙ ДИСПЕРСИИ И ПИГМЕНТНОЙ ГЛАУКОМой

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии

Научный руководитель: доцент Дурас И.Г.

В 1979 году Campbell выдвинул гипотезу, что ключевыми звеньями патогенеза синдрома пигментной дисперсии (СПД) являются формирование обратного зрачкового блока за счет вогнутой конфигурации радужки и появление патологического иридозонулярного трения, сопровождающегося механическим разрушением пигментного листка радужной оболочки. При накоплении гранул пигмента в трабекулярной сети возможно повышение внутриглазного давления – пигментная глаукома (ПГ).

Цель работы: выявление закономерностей изменения УБМ – параметров переднего отрезка глазного яблока у пациентов с синдромом пигментной дисперсии и пигментной глаукомой.

Материалы и методы. В исследование вошли 18 пациентов с диагнозом СПД и 7 пациентов с ПГ. Всем пациентам в дополнение к общепринятым офтальмологическим исследованиям проведена ультразвуковая биомикроскопия (УБМ) и проанализированы следующие параметры: глубина передней камеры, иридо – хрусталиковый контакт, иридо-роговичный угол и угол кривизны радужной оболочки в покое аккомодации и при работе аккомодации. Для исследования использовали ультразвуковой биомикроскоп «Vu Max II» Sonomed (США), который является микропроцессорным цифровым прибором, использующим ультразвук высокой частоты (50 Гц).

Результаты. Анализ результатов УБМ показал, что отсутствует достоверное различие между полученными данными пациентов с СПД и ПГ. Однако следующие параметры УБМ: иридо – хрусталиковый контакт, иридо-роговичный угол и угол кривизны радужной оболочки статистически достоверно отличались при исследовании в покое аккомодации и при рассматривании парным глазом предмета на расстоянии 40 см..

Выводы. Полученные нами результаты подтверждают важность движений радужной оболочки в стимулировании специфических особенностей синдрома пигментной дисперсии и пигментной глаукомы.

Ивженко Л.И.
ДИСФУНКЦИЯ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С
ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ.
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
офтальмологии

Научный руководитель: д.мед.наук, проф. Бездетко П.А.

Актуальность: Сахарный диабет (СД) – одно из самых распространенных эндокринных заболеваний. Поражение органа зрения при сахарном диабете может затрагивать все его анатомические структуры. Часто СД провоцирует различные воспалительные заболевания век (блефарит, мейбомит и т.д.). Одной из причин развития блефаритов является нарушение функции мейбомиевых желез. Однако на сегодняшний день нет точных данных, которые раскрывали функционирование мейбомиевых желез у больных с СД.

Цель работы: изучение показателей, характеризующих секрецию мейбомиевых желез у больных с пролиферативной диабетической ретинопатией (ДР).

Материалы и методы: 23 больных с пролиферативной ДР в возрасте 45 – 70 лет (10 мужчин, 13 женщин). Контрольная группа - 14 человек без СД той же возрастной категории. Кроме стандартного офтальмологического исследования всем больным проводили тест Ширмера, пробу Норна, определяли глазной индекс защиты (ОРИ), показатели стандартизированного теста на выдавливание секрета (Корб и Блэки), LIPCOF, LVE, IVAD тесты. Для оценки полученных данных использовалась классификация ДМЖ Майчука Ю.Ф. и Миронковой Е.А 2007 г.

Результаты исследования: в группе больных с пролиферативной ДР, наблюдалось снижение показателей всех проб по сравнению с контрольной. Больные распределились следующим образом с 1-й стадией - 2 пациентов, со 2-й ст. – 3, с 3-й ст. - 8, с 4-й ст. – 7, с 5-й ст. – 3.

Выводы: у больных с пролиферативной ДР наблюдается достоверное изменение функционального состояния мейбомиевых желез. У 65 % пациентов исследуемой группы была выявлена ДМЖ 3-й и 4-й стадии.

Исмаилов Р.И.
АФЛИБЕРСЕПТ В ЛЕЧЕНИИ ВЛАЖНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ
МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии

Научный руководитель: к.мед.наук, доцент Тарануха О.А.

Актуальность. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) - хроническое двустороннее медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся поражением центральной зоны глазного дна (макулы) и являющееся одной из ведущих причин слабовидения и слепоты у людей старше 50 лет как в развитых европейских странах и США, так и в странах Юго-Восточной Азии. В 10% случаев развивается «влажная» или экссудативная ВМД, которая характеризуется развитием патологической хориоидальной неоваскуляризации и сопровождается трагическим падением остроты зрения. При «влажной» форме ВМД одним из основных медиаторов, принимающих участие в патогенетических процессах хориоидальной неоваскуляризации, является фактор роста эндотелия сосудов (ФРЭС, Vascular Endothelial Growth Factor-A – VEGF). Так как все осложнения влажной формы ВМД связаны с ростом новообразованных кровеносных сосудов - воздействие именно на это звено дает наиболее положительный эффект в лечении заболевания.

Целью работы явилось: повышение остроты зрения у больных с влажной формой ВМД вследствие предотвращения развития аномальных кровеносных сосудов путём блокирования стимуляторов их роста и путём разрушающего воздействия на существующую неоваскулярную сеть антагониста VEGF афлиберсепта («Айлии»).

Материал и методы. Под наблюдением находилось 6 больных с влажной формой ВМД (4 женщины и 2 мужчины в возрасте 61-73 лет). Всем больным для динамического наблюдения за реакцией на проводимое лечение выполнялось стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, тонометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тест Амслера, а также - оптическая когерентная томография (ОКТ) сетчатки. Афлиберсепт («Айлия») рекомбинантный химерный белок VEGF-Trap, который угнетает ангиогенез путём связывания со всеми изоформами фактора А роста эндотелия сосудов. Связывающая способность «Айлии» в сотни раз выше связывающей способности известных на сегодня анти-ФРЭС препаратов. Также отличительной особенностью афлиберсепта является относительно длинный период полувыведения, вследствие чего, после достижения фазы стабилизации тремя ежемесячными интравитреальными введениями (ИВВ), возможно его применение 1 раз в 2 месяца с последующим, при необходимости, поквартальным применением. Нами афлиберсепт вводился в стекловидное тело в асептических условиях операционной с строгим соблюдением всего технологического процесса изначально 1 раз в 2 месяца (исходя из материальных возможностей больных). Местная эпибульбарная антибиотикотерапия (вигамокс) проводилась до 10-ти дней. Динамическое наблюдение проводили на 1, 7, 30, 60-ый послеоперационный день.

Результаты. После ИВВ препарата у всех больных нами была отмечена положительная динамика, которая заключалась в улучшении функциональных показателей и нормализации анатомических структур сетчатки. Так, исходная острота зрения у наблюдаемых пациентов находилась в пределах от 0,06 до 0,7. После 1-ой интравитреальной инъекции айлии диапазон остроты зрения стал в пределах от 0,15 до 0,95. У 4-х пациентов с проведенной последующей инъекцией препарата острота зрения после улучшения на 0,2 и 0,3 сохранялась стабильной в течение дальнейшего периода наблюдения (4 месяца). При периметрии у больных отмечено уменьшение размеров центральной относительной скотомы и повышение светочувствительности сетчатки в центральных отделах. У всех пациентов ОКТ демонстрировали уменьшение отека и толщины среза сетчатой оболочки (на 180 ± 50 мкм от исходной отёчной), резорбцию имевшихся интравитреальных кист и в разной степени регресс субретинальных неоваскулярных структур.

Выводы. Интравитреальное применение айлии (1 раз в 2 месяца) является эффективным в лечении больных с влажной формой ВМД: способствует уменьшению толщины сетчатки, резорбции интравитреальных кист, уменьшению субретинальной неоваскулярной мембраны и, соответственно, повышению остроты зрения и этим - качества жизни названных больных.

Казначеев Г.А., Храмова Т.А.

ОСОБЕННОСТИ УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ И КОНФИГУРАЦИЕЙ ПЛОСКОЙ РАДУЖКИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Панченко Н.В.

Актуальность. Благодаря ультразвуковой биомикроскопии (УБМ), появилась возможность изучения переднего отрезка глаза там, где невозможна его визуализация с помощью стандартных методик.

Цель. Оценка особенностей угла передней камеры (УПК) у лиц с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) и конфигурацией плоской радужки (КПР), выявляемых с помощью ультразвуковой биомикроскопии.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 24 человека (24 глаза). В 1-ю группу входили пациенты с диагнозом ПОУГ, во 2-ю группу пациенты с диагнозом ПОУГ+КПР. Ультразвуковая биомикроскопия проводилась при помощи ультразвукового биомикроскопа «Vu Max II» фирмы Sonomed (США), датчиком с частотой 50 МГц.

Результаты. При сравнении полученных результатов установлено, что у пациентов с ПОУГ и КПР дистанция трабекула – радужка (ТР) на расстоянии 500 мкм от склеральной шпоры (СШ) была достоверно меньше, в сравнении с пациентами с ПОУГ без КПР ($p < 0,05$). Также отмечалась тенденция к уменьшению данного показателя (ТР) у больных с ПОУГ и КПР в сравнении с больными с ПОУГ без КПР на расстоянии 250 мкм от СШ ($p > 0,05$). При этом глубина задней камеры и величина УПК (в градусах) в обеих группах достоверно не отличались между собой ($p > 0,05$).

Вывод. Таким образом, с помощью УБМ исследования установлено наличие анатомо - топографических особенностей угла передней камеры у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой и конфигурацией плоской радужки, что свидетельствует о необходимости дальнейших исследований.

Кравченко А.А.

КРИТЕРИИ УСПЕШНОГО ПОДБОРА МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
офтальмологии**

Научный руководитель: к.мед.наук Пахомова А.В.

По прогнозам Австралийского Университета Нового Южного Уэльса, к 2020 году количество пресбиопов увеличится до 1,4 млрд. человек. В связи с развитием мультимедийных средств, продлением работоспособного возраста, а также повышенными требованиями, которые предъявляет современный импульсивный мир, повышаются и требования к качеству зрения. С появлением в последние годы различных дизайнов пресбиопических линз плановой замены подбор мультифокальных контактных линз упростился, а их доступность значительно увеличилась. Современные мультифокальные контактные линзы вне зависимости от дизайна оптики позволяют достичь хорошего зрения вдаль и при этом не пользоваться очковой коррекцией на близком расстоянии. Ключ к успешному подбору мультифокальной линзы - это грамотный отбор пациентов и следование правилам подбора, соответствующим этому специфическому дизайну линз.

Целью нашей работы явилось определение возможности подбора мягких мультифокальных контактных линз группе пациентов зрелого возраста с пресбиопией, которые ведут активный образ жизни.

Материалы и методы. В нашем исследовании мы применяли силикон-гидрогелевые мультифокальные контактные линзы: Air Optix™ Aqua Multifocal (Alcon) с разной аддидацией, включающий варианты: слабую (LO) до +1,0 D, среднюю (MED) в диапазоне от +1,25 D до +2,0 D и высокую (HI) аддидацию выше +2,0 D и Pure Vision™ Multi-Focal (BL) (с Low ADD до +1,5 D High ADD +1,75 D до +2,5 D), сроком ношения – один месяц. Всем пациентам проводилось полное офтальмологическое обследование для выявления сопутствующей глазной патологии,

показаний и противопоказаний к контактной коррекции и динамическое наблюдение по мере ношения подобранных линз.

Результаты. Все исследуемые пациенты отмечали лёгкость адаптации, максимальный комфорт при ношении данных линз, хорошие зрительные функции, а также неограниченное периферическое поле зрения и отсутствие раздражающих бликов. Необходимо отметить, что данная категория пациентов очень тщательно соблюдает правила ухода за МКЛ, так как пациенты подходят к вопросам гигиены более осознанно, чем в молодом возрасте. Силикон-гидрогелевые линзы при их назначении удобны и тем, что благодаря хорошим значениям модуля упругости легки в обращении, хорошо держат форму, легко одеваются и снимаются. Полученные нами данные свидетельствуют о перспективном применении мультифокальных мягких силикон-гидрогелевых контактных линз у пациентов с пресбиопией, которые ведут активный способ жизни.

Выводы. Наше исследование показало, что если при подборе пресбиопических контактных линз принимать во внимание физиологическую вариабельность данной популяции, индивидуальные анатомические особенности, предпочтения пациентов, а также опираясь на современный дизайн данного типа линз, можно достичь высокой степени успеха.

Лагоржевська І.М.

ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ФОРМУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРІОРЕТИНОПАТІЇ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Бездітко П. А.

Актуальність. Частота інфікування збудником *Helicobacter Pylori* серед хворих на центральну серозну хоріоретинопатію перевищує таку в загальній популяції та складає 39,7 - 86,2 %.

Мета: визначити клінічну ефективність ерадикаційної терапії *Helicobacter Pylori* у лікуванні хворих на гостру центральну серозну хоріоретинопатію.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 93 хворих на гостру форму центральної серозної хоріоретинопатії (93 ока). Хворих розділили на основну групу (33 Нб-позитивних хворих, яким було призначено ерадикаційну терапію) та дві контрольні групи, яким не призначали лікування: 29 Нб-позитивних хворих та 31 Нб-негативних хворих. Хворим основної групи призначали інгібітор протонної помпи омепразол у стандартній дозі 40 мг/добу 2 рази на день, кларитроміцин (500 мг 2 рази на добу) та амоксицилін (1000 мг 2 рази на добу). Лікування тривало на протязі 7-10 днів.

Результати досліджень. Запропоноване лікування приводило до зменшення тривалості хвороби на 3 місяці та частоти рецидивування на 45,6 %, а також покращення віддаленого прогнозу через 2 роки: підвищення гостроти зору у 1,2 рази, зменшення частоти скотом у 2,4 рази та розміру скотом у 1,9 рази, зменшення частоти метаморфосій у 1,3 рази та патології кольоросприйняття у 1,6 рази; позитивна динаміка з повною резорбцією субретинальної рідини відмічалась через 3 місяці у всіх хворих.

Висновки. Ерадикаційна терапія *Helicobacter Pylori* є ефективною у лікуванні хворих на гостру форму центральної серозної хоріоретинопатії, адже приводить до зменшення тривалості хвороби й частоти рецидивування та покращення віддаленого прогнозу.

Литвищенко А.В., Храмова Т.А., Фрянцева М.В.
ДИНАМИКА КИСТ ИРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С
УВЕИТАМИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии
Научный руководитель: д.мед.н., проф. Панченко Н.В.

На сегодняшний день кистам иридоцилиарной зоны у пациентов с увеитами посвящены единичные исследования.

Целью нашей работы было изучение динамики кист иридоцилиарной зоны у пациентов с увеитами.

Материал и методы. В исследование было включено 19 пациентов (22 глаза) с увеитами: у 14 больных (17 глаз) были диагностированы кисты иридоцилиарной зоны; у 5 пациентов (5 глаз) диагностированы состояния, возможно приводящие к формированию кист. Всем пациентам наряду с общепринятым обследованием была выполнена ультразвуковая био-микроскопия на аппарате “VuMax-II” (Sonomed) датчиком с частотой 50 МГц.

Результаты. При первичном обращении кисты иридоцилиарной зоны были выявлены в 14 глазах 13 пациентов с увеитами. В ходе проведенных нами наблюдений у 2 пациентов с двухсторонними увеитами было обнаружено формирование кист иридоцилиарной зоны в парных глазах (2 глаза), в которых первоначально кисты были в одном глазу, и у 1 больного (1 глаз), в котором кист ранее не было. В динамике лечения кисты полностью регрессировали у 2 пациентов (2 глаза), уменьшились в размерах - у 2 лиц (2 глаза), остались без динамики - у 6 человек (8 глаз); у одного больного (1 глаз) киста увеличилась в размерах.

У 5 пациентов (5 глаз) были выявлены изменения, которые по нашему мнению могут привести к формированию ложных кист.

Выводы. Динамика течения кистообразования у пациентов с увеитами имеет важное диагностическое значения и требует своего дальнейшего изучения.

Рыбачик Ю.Н.
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
СИНДРОМА ЭЛЕРСА-ДАНЛОСА
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
офтальмологии

Научный руководитель: к.мед.наук Пахомова А.В.

Дисплазия соединительной ткани формирует широкий спектр аномалий в структуре органа зрения. Среди офтальмологических проявлений синдрома Элерса-Данлоса чаще всего описывают: аномалии рефракции, косоглазие, птоз, эпикантус, легкость выворота век, голубые склеры, кератоконус и кератоглобус, микрокорнеа, спонтанные вывихи хрусталика, хориоретинальные геморрагии (FrederickHampton, 2002; Евтушенко С.К. и др., 2009; Тошпулатова А.З. и др., 2013). В связи с расширением возможностей офтальмологического оборудования обнаруживаются дополнительные диагностические критерии данного синдрома.

Цель. Оценка глазных проявлений синдрома Элерса-Данлоса.

Материал и методы. С целью анализа офтальмологических проявлений при данном виде дисплазии соединительной ткани, нами было проанализировано 70 клинических случаев пациентов с синдромом Элерса-Данлоса, которые наблюдаются в Харьковском специализированном медико-генетическом центре с 2009 года и по настоящее время.

Результаты и обсуждение. Офтальмологические проявления диагностируют практически у всех больных синдромом Элерса-Данлоса, независимо от их возраста и пола. При анализе данных офтальмологического обследования установлены не только указанные в литературе признаки синдрома Элерса-Данлоса, но и наличие в большинстве случаев на передней капсуле хрусталика нежных игольчатых или звездчатых пигментных отложений, чаще всего изолированных друг от друга, а также различные варианты остаточной персистирующей зрачковой мембраны. Остаточная зрачковая мембрана - это врожденная аномалия tunicavasculosalensis, которая вызвана aberrantным пороком развития первичной эмбриональной сосудистой системы переднего сегмента. Известно, что персистирующие зрачковые мембраны являются результатом неполного рассасывания сосудистой сумки хрусталика вместе с артерией стекловидного тела на четвертом месяце внутриутробного развития плода. Полученные нами результаты могут являться одними из ранних диагностических признаков данного синдрома в совокупности с основными генетическими диагностическими критериями.

Выводы. Глазные поражения при синдроме Элерса-Данлоса характеризуются полиморфизмом. Изучение ранних офтальмологических симптомов позволяет понять важные стороны патогенеза изучаемого синдрома, уточнить роль изменений коллагена и основного вещества соединительной ткани в их развитии, а, следовательно, принять соответствующие меры для предупреждения их возникновения и лечения.

Самофалова М.Н., Фрянцева М.В., Бондарев И.В.

ДИНАМИКА ИЛ-1в И ФНО-б ПРИ УВЕИТАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Панченко Н.В.

Целью нашей работы явилось изучение динамики таких провоспалительных цитокинов как ИЛ-1в и ФНО-б в сыворотке крови у пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва.

Материал и методы. Цитокины ИЛ-1в и ФНО-б определялись в сыворотке крови 67 больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, иммуноферментным методом с помощью стандартного набора реактивов. Контрольную группу составили 30 здоровых доноров.

Результаты. В активной стадии заболевания среднее содержание цитокинов ИЛ-1в и ФНО-б в периферической крови пациентов с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, было достоверно повышенным ($p < 0,05$). При этом, содержание ИЛ-1в в сыворотке крови обследованных больных превышало в 1,3-1,5 раза его содержание в контрольной группе, а концентрация ФНО-б в несколько раз превышала таковую у здоровых лиц.

После проведенного лечения в целом по группе отмечалось достоверное снижение концентрации цитокинов ИЛ-1в и ФНО-б в сыворотке крови больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва ($p < 0,05$).

Выводы. Установлено, что у больных с увеитами, осложненными невритом зрительного нерва, в активной стадии заболевания отмечается повышение концентрации в сыворотке крови таких провоспалительных цитокинов, как ИЛ-1в и ФНО-б, а после проведенного лечения их содержание в среднем по группе

достоверно снижается. Полученные данные свидетельствуют о важной роли ИЛ-1в и ФНО-б в патогенезе увеитов, осложненных невритом зрительного нерва.

Саркисян Г.С., Гончарь Е.Н., Чуб Е.Н.
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ГЛАУКОМЫ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
офтальмологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Панченко Н.В.

Целью. Изучение динамики заболеваемости и распространенности глаукомы среди населения Харьковской области за 5 лет.

Материал и методы. Проведен анализ распространенности и заболеваемости глаукомой по отчетам врачей - офтальмологов Харьковской области за 2007-2013 гг.

Результаты. Заболеваемость и распространенность глаукомы с 2007 по 2010 год держались примерно на одном уровне. Наибольшая распространенность отмечена в 2010 году - 78 случаев на 10 тыс. населения, тогда как в 2007 году - 56 на 10 тыс.нас. К 2013 году распространенность глаукомы снизилась до 71 случая на 10 тыс.населения, что оставалось на 26,8% выше в сравнении с 2007 годом.

Заболеваемость глаукомой с 2007 по 2010 год также держалась на одном уровне- 17,9‰ и 17,4‰ соответственно. К 2013 году заболеваемость глаукомой снизилась до 9,9‰. За истекший период количество больных глаукомой, состоящих на диспансерном учете увеличилось (с 13,5 тыс в 2007 г. до 16,6 тыс в 2013 г.). Среди них отмечается рост доли пациентов с далеко зашедшей и терминальной стадией глаукомы (с 30,3% в 2008 г. до 57,9% в 2013 г.).

Выводы. Исследованиями установлено, что за 5 лет заболеваемость глаукомой по Харьковской области выросла на 26,8%. Также отмечено увеличение среди больных глаукомой, состоящих на диспансерном учете, пациентов с далеко зашедшей и терминальной стадией глаукомы (до 57,9%). При этом заболеваемость глаукомой за истекший период снизилась, что свидетельствует о недостаточной эффективности диагностики и выявления ранних стадий глаукомы.

Сребная И.В.
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ
СИЛИКОН-ГИДРОГЕЛЕВЫХ ЛИНЗ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
офтальмологии

Научный руководитель: к.мед.наук Пахомова А.В.

Лечебный эффект терапевтических контактных линз известен давно, так еще в 1882 году появились сообщения о практическом применении на глазу прототипов контактных линз – желатиновых чашечек, наполняемых лекарственными веществами. Новую эру в лечении патологии роговицы открыло изобретение мягких гидрофильных контактных линз (в начале 60-х годов прошлого века), которые купировали болевой синдром, способствовали эпителизации роговицы, помогали сохранять влагу за счет уменьшения ее испарения с поверхности роговицы и предотвращали развитие послеожоговых сращений. В последнее время наиболее перспективными для терапевтического применения признаны линзы, материал которых представляет уникальную комбинацию силикона с высокой кислородной проницаемостью и гидрогеля.

Цель: Оценить возможность применения силикон-гидрогелевых мягких контактных линз (МКЛ) с лечебной целью.

Материалы и методы: Нами использованы два типа мягких силикон-гидрогелевых контактных линз, разрешенных к применению FDA для терапевтического применения: AirOptix Night&Day (CibaVision) в режиме непрерывного ношения до 30 суток Acuvue Oasys Jonson&Jonson до 14 дней, в случаях эндотелиально-эпителиальной дистрофии роговицы и рецидивирующей эрозии роговицы. Данные МКЛ предварительно насыщались 1% раствором тиотриазолина. Во всех случаях применение лечебных силикон-гидрогелевых МКЛ сочеталось с назначением регенерирующих, кератопластических средств и по необходимости, антисептических препаратов.

Результаты и обсуждение. Нами отмечено, что для снижения механического действия МКЛ на поврежденную роговицу и улучшение эпителизации под линзой, предпочтение следует отдавать МКЛ с «крутой» посадкой для уменьшения экскурсии КЛ на глазу, в частности линзам с базовой кривизной 8,4 мм. Данная посадка не влияет на толщину слезного слоя под МКЛ. Мягкие силикон-гидрогелевые линзы способствуют быстрой эпителизации роговицы, уменьшая смещение нежно прикрепленных к базальной мембране эпителиальных клеток, главным образом за счет механической защиты поверхности роговицы от травмирующего действия век и экзогенной травмы. На наш взгляд, линзами выбора могут являться ультратонкие силикон-гидрогелевые МКЛ с высоким показателем кислородной проницаемости.

Выводы. Назначение лечебных МКЛ значительно улучшает исходы лечения роговичной патологии, способствуя ослаблению корнеального синдрома, ускоренной эпителизации роговицы и пролонгации действия местных фармако-терапевтических препаратов.

Столярова О.К.

ДОСЛІДЖЕННЯ БІНОКУЛЯРНОГО ПОЛЯ ЗОРУ У ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ

Харьківський національний медичний університет, кафедра офтальмології

Науковий керівник: д.м.н., проф. Бездітко П.А.

Мета та задачі роботи: Підвищити ефективність діагностики глаукоми шляхом дослідження характеру змін бінокулярного поля зору та покращення якості життя хворих на глаукому.

Проблема глаукоми вважається одним з найважливіших напрямків в офтальмології завдяки своєму високому медико-соціальному значенню, бо прогресування цього захворювання веде до інвалідизації та сліпоти пацієнтів (Мошетова Л.К., Либман Е.С., 2013). За останні роки суттєво збільшилась частота випадків глаукоми. За даними різних авторів частота випадків втрати зору у хворих на глаукому складає від 5,2 до 9,1 мільйонів людей у всьому світі. Прогресування та розвиток глаукоми супроводжується перш за все погіршенням периферичного зору. Часто поступова втрата зору відбувається непомітно для пацієнта, і захворювання діагностують, коли втрата зору стає незворотною. В клінічній практиці частіше вимірюється та оцінюється монокулярне поле зору, тобто простір, що сприймається одним оком. Однак, у повсякденному житті людина користується обома очима. Тому, щоб отримати уявлення про вплив вад поля зору на адаптованість та психоемоційний стан людини треба досліджувати бінокулярне поле зору. Особливо це потрібно для хворих на глаукому. Можливо це допоможе в ранньому виявленні цієї патології та у профілактиці

двосторонньої сліпоти. Данні про стан бінокулярного поля зору найбільш точно відображають те, що відчуває пацієнт.

AkemiWakayama (1999 р.) зі співавторами описали феномен бінокулярної сумації, що демонструє відмінності між даними про монокулярне та бінокулярне поля зору і вказує на необхідність дослідження саме бінокулярного поля зору, якщо потрібні данні, які відповідають зоровим функціям пацієнта. Коли в 1987 р. виникла необхідність визначати бінокулярне поле зору, та розробити міжнародні стандарти такої оцінки, BenEsterman запропонував метод, що базувався на вивченні функції, а не тільки на анатомічних особливостях зорового аналізатора. Він замість накладання одне на одного двох монокулярних полів зору визначив межі бінокулярного поля зору в нормі, побудував його проекцію, яку розділив на частини різного розміру в залежності від того, яку функціональну значущість він їм надавав. Таким чином BenEsterman отримав решітку, розділену «функціонально» на прямокутники, кількість яких у більш важливих зонах була більшою, а розміри – меншими. Шкала, яку розробив BenEsterman, використовується при оцінці бінокулярного зору на сферопериметрі, а також розроблене програмне забезпечення для автоматичних периметрів, наприклад, Humphrey, яке дозволяє відразу отримати як числовий результат, так і тональну діаграму поля зору. Нами налагоджена методика дослідження BenEsterman, використання якої дозволяє покращити діагностику хворих на відкритокутову глаукому, оцінку їх зорових функцій та якість життя. Розроблено бланк для фіксації цих досліджень. За цією методикою досліджено 5 хворих на глаукому. З них у 2 хворих була 1 стадія глаукоми правого ока, та розвинута лівого. У 3 хворих в 1 оці діагностовано 4 стадія глаукоми, а у другому – розвинута. Співставлення даних дослідження бінокулярного поля зору з монокулярними змінами у цих хворих підтвердило необхідність дослідження бінокулярного поля зору у хворих на глаукому.

Фрянцева М.В., Самофалова М.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕВРИТОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПО ДАННЫМ ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ХОКБ ЗА 15 ЛЕТ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Панченко Н.В.

Неврит зрительного нерва – захворювання, ведуче до значительному і різкому зниженню зрительних функцій, а в дальшому – к атрофії зрительного нерва.

Анатомические особенности диска зрительного нерва (отсутствие септимиелиновых оболочек, близость его к внутренним оболочкам глаза, где часто возникают воспалительные процессы) способствуют развитию интрабульбарных невритов зрительного нерва – папиллитов.

Ретробульбарные невриты зрительного нерва наиболее часто развиваются вследствие рассеянного склероза, инфекционных заболеваний ЦНС (арахноидиты, энцефалиты, миелиты), очаговых инфекционных поражений (заболевания придаточных пазух носа, миндалин, тканей орбиты).

Цель: Исследование клинических форм невритов зрительного нерва по данным глазного отделения ХОКБ за 15 лет.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 103 пациентов с невритами зрительного нерва, находившихся на стационарном лечении в глазном отделении ХОКБ для взрослых за период 1994 - 2010 гг.

Результаты: Возраст пациентов колебался от 15 до 74 лет (средний возраст — $36 \pm 0,6$ лет). Мужчины составили группу из 57 (55 %), женщины — 46 (45 %) человек. Ретробульбарный неврит был диагностирован у 40 пациентов (39 %), папиллит — у 63 лиц (61%). Средняя длительность лечения составила 14 ± 1 койко-дней.

Вывод: Таким образом установлено, что ретробульбарный неврит зрительного нерва встречается у 39 % пациентов, а папиллит — у 61 % больных.

Чебанова Л.В.

АНТИАНГИОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЕ ВМД

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Бездетко П.А.

Возрастная макулодистрофия (ВМД) — является основной причиной потери центрального зрения у лиц старше 55 лет в экономически развитых странах. По оценкам специалистов, в 10 – 20 % случаев, встречается экссудативная форма ВМД (Туманова А.Л., Еременко А.И., 2002). Основная роль в её патогенезе принадлежит патологическому ангиогенезу и связанному с ним фактору роста эндотелия сосудов (VEGF) (Будзинская М.В., 2007; Ferrara N. et al., 2003). Имеются данные, свидетельствующие о выраженном антиангиогенном действии интерферона α , представленного в препарате Лаферон.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности применения Лаферона (Интерферон α -2b рекомбинантный человека) в качестве местной антиангиогенной терапии в лечении экссудативной ВМД.

Материал и методы исследования. Обследовано 18 пациентов с экссудативной ВМД в возрасте от 50 до 65 лет. Всем больным проводилось обследование, включающее визометрию, офтальмоскопию, тонометрию, периметрию. В качестве дополнительных методов исследования проводили ОКТ, исследование на сетке Амслера.

Результаты. Результаты исследования, посвященные изучению возрастной макулодистрофии, указывают на то, что применение Лаферона в дозе 1 млн МЕ парабульбарно № 10, оказывает влияние на повышение остроты зрения у 15 из 18 больных, уменьшении отека макулярной области у 13 из 18 больных. Ни у одного больного не отмечено побочных действий данного препарата. Вышесказанное свидетельствует о целесообразности исследований в этом направлении.

Выводы. Местное применение интерферона α может быть рекомендовано для лечения экссудативной ВМД в качестве местной антиангиогенной терапии.

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Батюк Т.В., Сінько Є.О.

РОЛЬ НАУКИ ТА ОСВІТИ У СТАЛОМУ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

**Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології №2**

Науковий керівник доц. Сидоренко М.О.

Міжнародна конференція з питань екології, що відбулася в Ріо-де-Жанейро у 1992 р. відзначила, що перетворююча діяльність людства набула планетарного масштабу, породила глобальну екологічну кризу, створила загрозу сталому розвитку і навіть загрозу самознищення людства. Було зазначено, що необхідною умовою реалізації концепції сталого розвитку поряд з іншими заходами є підвищення рівня екологічної освіти. З'явилося поняття – «освіта для сталого розвитку».

В Україні були розроблені концептуальні основи екологічної освіти, які ґрунтуються на основних положеннях Міжнародної стратегії дій в галузі освіти й підготовки кадрів з питань навколишнього середовища, а також на широко визнані в усьому світі ідеї стабільного розвитку.

Екологічна освіта у вищих навчальних закладах набула обов'язкового характеру. Незалежно від майбутньої спеціальності студента в навчальних закладах вищої освіти вивчаються багаточисленні курси екологічного напрямку. Це «Основи екології», «Соціоекологія», «Основи безпеки життєдіяльності» та ін. Хоча екологічна освіта в Україні має загальнообов'язковий характер, існує маса невирішених проблем.

Напрямок екологічної освіти в системі вищої школи, особливо у медичних вузах повинен бути пов'язаний з видом майбутньої діяльності, екологічно-професійним. Студенти медвузів одержують екологічні знання на кафедрах гігієни та екології, які мають загальний характер і не пов'язані з майбутньою професійною діяльністю лікаря. Кількість учбових годин з гігієни та екології постійно зменшується, що не відповідає «Стратегії освіти для сталого розвитку». В системі післядипломної освіти викладання екології взагалі не передбачено.

Отже, з метою наближення до дипломної і післядипломної освіти в медичних вузах до сучасних вимог необхідно передбачити в програмах майже всіх дисциплін вивчення причин виникнення екологічно зумовлених захворювань, їх клініки, діагностики, лікування та профілактики. А для спеціальності з «Загальної гігієни» та «Епідеміології» актуальними є впровадження в навчальний процес ведення державного соціально-гігієнічного моніторингу, який повинна здійснювати державна санепідслужба згідно нового положення про цю службу.

Богачова О.С.

МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ГІГІЄНИ ПРОФЕСІЙНОГО НАВЧАННЯ В АГРАРНИХ ЛІЦЕЯХ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології №1**

Науковий керівник: д.мед. н., професор Коробчанський В.О.

На теперішній час проблема трудової зайнятості населення набуває глобального характеру та стає все більш актуальною для держав світу. Ця проблема у повній мірі стосується й аграрного сектора, який традиційно відіграє в економіці України істотну роль.

Поряд з тим, складна економічна ситуація на значній кількості сільськогосподарських підприємств, веде до залучення некваліфікованих робочих кадрів, які не володіють необхідними виробничими вміннями та навичками з безпеки життєдіяльності, що на тлі розповсюдженості порушень санітарних норм та умов праці, суттєво підвищує ризик травмування, виникнення професійних та професійно зумовлених захворювань працівників аграрного сектору. Серед причин нещасних випадків, що сталися за участю агротехніки, до 80% припадає на причини організаційного характеру, а решта пов'язана із технічними та психофізіологічними чинниками виробництва. Особливого значення подібні негативні явища набувають у відношенні до працюючої молоді, особливо підлітків, в яких своєрідність процесів росту та розвитку супроводжується високою сприйнятливістю до зовнішнього впливу, що зумовлює їх особливу уразливість до професійно зумовлених чинників ризику.

Широко апробованими у вітчизняній практиці формами роботи із збереження здоров'я молоді є професійна консультація, професійна орієнтація та професійний відбір на певні професії. А найбільш поширеною та перспективною формою підготовки робочих кадрів є система професійно-технічної освіти, яку молодь набуває через мережу професійних училищ (ліцеїв).

Таким чином, проблема гігієнічної оцінки та оптимізації умов професійно-технічного навчання молоді у професійних ліцеях аграрного профілю з метою збереження та зміцнення їх здоров'я, є актуальною та своєчасною.

Вакуленко Л.О., Волосюк Г.О.
«ЗНАЧЕННЯ ПИЛУ В ЗАГАЛЬНІЙ ЕКОЛОГІЧНО ЗУМОВЛЕНІЙ
ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ»

Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології № 2,
Науковий керівник доц. Сидоренко М.О.

Проблема хвороб органів дихання своєю розповсюдженістю для Харківського регіону, як і для інших промислових регіонів має важливе наукове та соціальне значення.

В структурі професійних захворювань, які реєструються в останні роки в Харківському регіоні пилова патологія складала від 19,5% до 34,6%. При цьому хронічний пиловий бронхіт (ХПБ) був самим розповсюдженим захворюванням, його питома вага складала 31,3 – 38,7% (2008 – 2010 р.р.). Пилова патологія (ХПБ, силікоз, пневмоконіоз, коніотуберкульоз) в м. Харкові була в 2-3 рази вищою ніж у країнах Євросоюзу (ЄС) та США, що підтверджує актуальність цієї проблеми.

Як показали подальші дослідження багатьох вчених і наші власні дослідження, на прогресуюче зростання професійної і загальної бронхо-легеневої патології та її тяжкість впливають фактори навколишнього середовища, в тому числі і пил. Відмічається значне зростання запиленості атмосферного повітря, та повітря житлових та громадських споруд. В останніх забрудненість повітря в 1,5-4 рази перевищують атмосферні забруднення. Ці забруднення в м. Харкові в різних районах різні. За даними стаціонарних постів спостереження за забрудненістю атмосферного повітря найбільш запиленими виявилися райони Іванівки, Центральний та Комінтернівський. В усіх інших районах міста середньорічні концентрації пилу не перевищують гранично-допустиму концентрацію.

Дослідження останніх років свідчать, що навіть концентрації пилу, які не перевищують норматив – представляють загрозу для здоров'я. Все залежить від розміру пилових часток та накопиченням на них хімічних речовин, які

знаходяться в навколишньому середовищі. Чим менша пилова частинка, тим вона глибше проникає в легені та несе на собі хімічні забруднення.

Еколого-епідеміологічними дослідженнями з оцінки ризику для здоров'я пилових частинок встановлено 3 фундаментальних факти: 1. Зростання смертності населення в перші 1-2 дні після зростання концентрації пилових частинок в атмосферному повітрі, особливо серед осіб старше 60 років, яка головним чином зумовлена респіраторними і серцево-судинними захворюваннями; 2. Аналіз досліджень, проведених в різних країнах світу показав, що поріг, нижче якого вказаний вищий ефект відсутній не був виявлений, навіть тоді коли запиленість атмосферного повітря не перевищувала встановлених нормативів; 3. Чисельність населення, яка підпадає дії пилу нараховується десятками мільйонів людей, а обумовлена ним кількість додаткових смертей набагато більша ніж від дії всіх разом взятих канцерогенних речовин, які поступають в атмосферне повітря.

Герасименко С.В., Филатова Н.М., Майорова М.В.
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГИПЕРКЕРАТОЗА ПО МАТЕРИАЛАМ
УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 3 КУРСА
МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ХНМУ «СОСТОЯНИЕ
ПИТАНИЯ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ»

Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель – д.мед.н., профессор Завгородний И.В.

Актуальность темы: В условиях постоянного реформирования здравоохранения Украины и изменения санитарного законодательства возникает необходимость разработки мониторинга различных факторов, влияющих на здоровье. В предшествующих технологиях гиперкератоз кожи имел дифференциально-диагностическое значение при оценке состояния питания организованных контингентов для формирования различных диспансерных групп наблюдения с целью профилактики рахита у детей.

Цель работы: Определить возможность накопления системы первичных данных, позволяющих в перспективе работать над созданием мониторинга донозологических состояний рахита у детей.

Материалы и методы: Первичные данные взяты из результатов учебно-исследовательской работы студентов 3 курса медико-профилактического факультета ХНМУ «Состояние питания и его коррекция», в рамках которого осмотрено 50 студентов, из них 18 мужского пола и 32 – женского в возрасте от 19 до 21 года. Осмотры проводились в первом, втором и четвертом кварталах. Для определения признаков гиповитаминоза С пользовались методом определения резистентности капилляров с использованием сфигмоманометра Рива-Роччи. Статистическую обработку данных проводили в программах MS Office Access и MS Office Excel.

Результаты и их обсуждение: По результатам исследования сформированы 3 группы диспансеризации. В первую группу (9%) вошли студенты, у которых гиперкератоз возникает в 1 и 2 кварталах, а в 4 квартале отсутствует. Во вторую группу (22%) – те, у которых признаки гиперкератоза обнаружены только во 2 квартале. В третью группу (69%) – те, у которых признаков гиперкератоза кожи не обнаружено ни в одном из кварталов. У студентов с признаками гиперкератоза провели определение резистентности кожных капилляров, по результатам которого у всех исследуемых обнаружена I степень прочности капилляров (до 15 мелких кровоизлияний). Полученные данные говорят об отсутствии признаков гиповитаминоза С и свидетельствуют о наличии сухого гиперкератоз вследствие гиповитаминоза А, вызванного

количественным недостатком жиров в рационе и/или их низкой биологической полноценностью. Для диагностики донозологических состояний рахита необходимо провести дополнительный биохимический анализ крови с определением активности щелочной фосфатазы и уровня содержания кальция и фосфора в сыворотке крови. В случае одновременного повышения уровней перечисленных показателей и наличия гиперкератоза говорят о донозологическом состоянии рахита у ребенка.

Выводы: Определена возможность накопления системы первичных данных, позволяющих в перспективе работать над созданием мониторинга донозологических состояний рахита у детей. Установлена необходимость дополнительных исследований для последующих разработок создания диспансерных групп наблюдения.

Герасимова О.М., Сенік О.Д., Семенова Н.В.

ГІГІЄНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ОСВІТЛЕННЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Харківський національний медичний університет

Кафедра гігієни та екології № 2

Науковий керівник – д.мед.н., професор Завгородній І.В.

Актуальність. Аналіз захворюваності недоношених новонароджених свідчить про високу частоту й переважання поєднаної перинатальної патології. Однак деякі науковці вважають яскраве освітлення ушкоджувальним чинником під час розвитку ретинопатії недоношених.

Метою дослідження було розробити систему профілактичних заходів щодо впливу яскравого освітлення у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІІН) на стан здоров'я недоношених дітей.

Матеріали та методи досліджень. Нами обстежено 28 дітей, умови виходжування яких суттєво відрізнялися. Розподіл дітей за статтю був 1:1. Дослідження та оцінка освітлення проводилися відповідно до ДБН В.2.5-28-2006 “Природне та штучне освітлення” люксметром Ю-116.

Результати досліджень. Рівні освітлення у медичній установі № 1 становили від 7 до 1900 Лк, у медичній установі № 2 – від 200 до 480 Лк. Ретинопатія недоношених у медичній установі № 1 реєструвалася у 85,7 % дітей, у медичній установі № 2 – у 67,1 % недоношених дітей.

Висновки. Отже, під час виходжування на недоношених новонароджених впливає яскрава освітленість. Яскраве освітлення можна вважати чинником, що може ускладнювати виходжування глибоконедоношених дітей. Під час використання двупарнихкувезів та накидок на кувети рівні освітленості суттєво зменшилися та становили від 7 до 15 Лк. Таким чином, двупарнікувети та накидки можна рекомендувати для зменшення впливу яскравого освітлення у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених.

Гужва Н.Ю., Степаненко Н.Н.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра гигиены и экологии №2

Научный руководитель – доц. Сидоренко Н.А.

По определению ВООЗ(2001) , синдром эмоционального выгорания (СВ) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, которое характеризуется нарушением продуктивности работы, усталостью, бессонницей.

Цель исследования: изучение особенностей формирования и профилактики синдрома эмоционального выгорания у врачей.

Методы и материалы исследования. Для сбора данных использован анкетный метод. В процессе опроса использован метод В.Бойко. В исследовании приняли участие 30 врачей госпиталя ВВОВ№3, в возрасте от 25 до 60 лет. Статистическая обработка данных проводилась в программах MSOfficeAccess и MSOfficeExcel

Результаты и обсуждение. Выявлена зависимость проявления СВ от возраста и стажа работы врачей- наибольшая их интегрированность выявляется у врачей со стажем более 10 лет, в возрасте от 40 до 60 лет. По методике В.Бойко было определено, что в фазе «напряжения» находится 42% опрошенных врачей, в фазе «резистенции» 33%, в фазе «истощения» - 25%. 82% опрошенных отметили у себя ведущий симптом - повышенную утомляемость, нарушение сна отметили 80% врачей, повышенную раздражительность, желание переменить род занятий – 72%, рассеянность – 15%. Главной причиной СВ 98% врачей отметили как специфику их профессиональной деятельности, связанной с перенапряжением, психотравмирующими ситуациями на работе. Только 46% врачей занимаются профилактикой СВ.

Выводы. Выявлен высокий процент СВ среди опрошенных врачей. Ведущий симптом СВ - повышенная утомляемость(82% опрошенных.) Отмечена отрицательная корреляционная связь между знанием о профилактике СВ и риском его возникновения

Гужва Н.Ю, Степаненко Н.М, Чумак Л.І.
АСПЕКТИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ХНМУ
Харківський національний медичний університет,
кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я.
Науковий керівник - проф. Огнєв В.А.

Політика України в галузі охорони здоров'я орієнтована на загальноєвропейську політику “Здоров'я для всіх”, яка приділяє значну увагу дослідженням якості життя .

Мета дослідження. Дослідити якість життя студентів на основі розробленої анкети – «Анкета анонимного опроса студентов ХНМУ»

Результати та їх обговорення. У дослідженні взяли участь 212 студентів 4-х курсів медичного та мед-проф. факультетів ХНМУ. Анкета містила дві частини(у першій - загальна інформація про студента, у другій - питання, які розкривають сутність певних блоків обмежень). За результатами наших досліджень середнє значення показника якості життя студентів складає $74,42\% \pm 0,61$. Серед юнаків цей показник був 79,30%, а серед дівчат – 73,03%. Оптимальну якість життя мали 59 студентів (27,8%); середню – 142 студенти (67,0%) та низьку – 11 (5,2%). Максимальне значення цього показника становило 95,45%, мінімальне – 42,42%. Серед юнаків лише у 14 студентів (29,8%) якість життя виявилась оптимальною, у 33 (70,2%) – середньою. Максимальне значення було на рівні 93,94%, мінімальне – 63,64%. Майже чверть дівчат мають оптимальну якість життя – 41 (24,8%), більшість – середню – 113 (68,5%) та 11 дівчат (6,7%) – низьку. Максимальне значення цього показника становило 95,45%, а мінімальне – 42,42%. Згідно складеної анкети максимальна сума балів по фізичній сфері становила 18, студенти набирали в середньому тільки 14,18 балів, тобто відмічали наявність обмежень на 3,82 бали, що становить 21,2%. Максимальна сума балів по психологічній сфері становила 15, а студенти набирали в середньому тільки 11,44 бали, тобто відмічали наявність обмежень на 3,56 бали, що становить 25,1%. У сфері незалежності вони набирали 11,58 балів з 18, що становило 36,8% втрат.

Висновок. Якість життя студентів 4 курсів ХНМУв середньому складає 74,42%. Якість життя дівчат виявилась достовірно нижчою, ніж у юнаків, Найбільш значущими серед усіх запропонованих в анкеті обмежень визначені у сфері незалежності.

Єлісєєв Р.М.

ВПЛИВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ЛАБОРАТОРНИХ ТВАРИН В УМОВАХ ХОЛОДОВОГО СТРЕСУ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології № 2.**

Науковий керівник-д.мед.н., проф. Завгородній І.В.

Актуальність: Широко відомо, що ЕМП є найпоширенішими подразниками, що впливають на живі організми. ЕМП можуть збільшувати ризик виникнення серцево-судинних, неврологічних й психічних захворювань або служити сприяючим фактором для захворювань складної етіології. Науково-технічний прогрес і урбанізація призводять до підвищення напруженості ЕМП. Інтерес викликає проблема здоров'я й захисту людей, які довготривало перебувають в герметичних приміщеннях, що екранують природні ЕМП.

Метою дослідженнябуловивчення особливостей змін функціонального стану імунної системи лабораторних тварин в умовах сполученої дії хімічних та фізичних чинників в модельних токсикологічних експериментах під впливом комплексу чинників.

Матеріали та методи дослідження. Дослідну групу спостережень склали 9статевозрілихмишей лінії Wistar, самці білого кольорутварин, яких піддавали впливу холодowego фактора (ХФ) і електромагнітного випромінювання (ЕМВ) протягом 30 днів. Длямоделювання впливу рівнів температури оточуючого середовища та ЕМВ розроблено устаткування «Затравочнакамера».Контрольну групу спостережень склали 9 інтактних статевозрілих тварин.Проводили морфологічне дослідження печінки, нирок, надниркових залоз, сім'яників, щитовидної залози, селезінки експериментальних тварин: матеріал фіксували в 10% водяному розчині нейтрального формаліну, піддавали парафіновій проводці, виготовляли серійні зрізи товщиною 4-5x10-6м. Оглядові препаративикористовували для загальної оцінки стану досліджуваних тканин. Для виявлення глікогену в гепатоцитах використовували Pas-Реакцію по Мак МанусуХочкісу.

Результати та обговорення: Сполучена дія ЕМВ та позитивної низької температури призводить до явищ оксидативного стресу. Знижується активність у крові ферментів кислої та лужної фосфатази, рівень кальцію та фосфору крові, підвищується рівень загального білка та глюкози крові. Також є суттєві морфологічні зміни внутрішніх органів.

Висновки:За результатами досліджень лабораторних тварин в токсикологічному експерименті : 1.В 30% спостережень в дослідній групі у печінці відзначені явищадискомплексції, дистрофії й некрозу гепатоцитів. В 50% у нирках спостерігається формування мезангіопроліферативногогломерулонефритата грубі дистрофічні зміни в епітелії каналців. В 90% випадків у селезінці відзначені ознаки антигенної стимуляції. 2.Спостерігається виснаження запасів ліпідів у корі наднирників, про що свідчить наявність вакуоль в цитоплазмі клітин клубочкового, пучкового й сітчастого шарів.Збільшення розмірів фолікулярного епітелію в щитовидній залозі відбивають деяке підвищення її функції. 3.У сім'яниках найбільш уразливим єгерміногенний епітелій. 4.Суттєво реагують на вплив стресора такі

органі, як наднирники. Наявність невеликої кількості вакуоль в цитоплазмі клітин клубочкового, пучкового й сітчастого шарів наднирників свідчить про часткову вичерпаність вихідних продуктів для синтезу гормонів. Слід думати, що сполучена дія ЕМВ та холодний фактор є стресором, що приводить до виснаження запасів ліпідів у корі наднирників. Морфологічні зміни в щитовидній залозі у вигляді збільшення розмірів фолікулярного епітелію відбивають деяке підвищення її функції.

Кателевська Н.М.

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА НЕРВОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ

Харківський національний медичний університет

Науковий керівник: д.мед.н., професор Коробчанський В.О.

Одним з головних завдань сучасної цивілізованої держави є не тільки підвищення якості освіти і виховання, а й зміцнення здоров'я дітей та підлітків. Особливістю нашого часу є постійне збільшення числа вроджених вад, зростання травматизму, інфекційної, онкологічної та хронічної патології у дітей. Несприятливий стресовий вплив на здоров'я безперервно зростаючих навантажень та різних факторів оточуючого середовища (фізичного, екологічного, психологічного та соціального генезу) призводить до дезадаптації та зниження компенсаторних можливостей зростаючого організму. Що в подальшому обумовлює погіршення якості здоров'я дітей і зростання числа системних дисфункцій, зокрема когнітивних порушень. Подібні патології носять різний характер, однак окремою групою виділяються стани, пов'язані з порушенням розвитку мови при збереженому інтелектуальному розвитку, що відповідає віковим критеріям. Даний контингент являє собою групу ризику щодо розвитку різних дитячих неврозоподібних і дитячих розладів. Особливої уваги заслуговує той факт, що кількість дітей з мовною патологією, які потребують корекційно-психолого-логопедичної допомоги за різними оцінками в останні роки різко зросла. Традиційно у таких випадках надається лише допомога спеціалістів-логопедів, які не мають відповідної освіти щодо питань психогігієни.

Вивчення відповідної ситуації показало, що в даний час в Україні практично відсутня система психогігієнічної допомоги дітям та підліткам з порушеннями розвитку мови, які навчаються в загальних навчальних установах. Це вимагає розробки методологічної бази та впровадження психогігієнічного навчання педагогічних працівників та спеціалістів-логопедів шкіл та дошкільних навчальних закладів.

Кателевська Н.М., Хорошевська Д.Г.

ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Харківський національний медичний університет

Науковий керівник: д.мед.н., професор Коробчанський В.О.

Збереження та укріплення дитячого здоров'я є важливою ланкою формування здорової нації. Здоров'я дітей неможливо забезпечити без раціонального харчування, яке є необхідною умовою їх гармонійного росту, фізичного і нервово-психічного розвитку, стійкості до дій інфекцій та інших несприятливих факторів зовнішнього середовища. Харчування, що організоване відповідно до потреб дитячого організму, забезпечує його всіма необхідними харчовими речовинами (білками, жирами, вуглеводами, вітамінами і мінеральними солями) та енергією. Відповідно, брак будь-яких харчових речовин може позначитися затримкою росту, фізичного і розумового

розвитку, а також порушенням формування кісткового скелета і зубів. Особливо це стосується дітей молодшого віку. Велика потреба в зростаючого організму в їжі, недосконалість системи управління підвищений обмін речовин є основною причиною ряду труднощів в організації раціонального харчування дітей. Відповідні особливості дитячого організму у поєднанні з недосконалим виконанням нормативних документів щодо організації харчування дітей дошкільного віку призводять до патологічних фізіологічних змін та формуванні хронічної патології, що в подальшому потребує постійного медичного нагляду, тривалого лікування та в багатьох випадках стає основою формування хронічної патології серед дорослого населення.

Таким чином гігієнічна оцінка харчування в дошкільних навчальних закладах є важливою складовою забезпечення здорового майбутнього дітей, які перебувають під наглядом персоналу цих установ.

Лазаренко К.П.

**ЩОДО ПИТАННЯ ГІГІЄНИЧНОЇ ОЦІНКИ НАВЧАЛЬНОГО-ПРОЦЕСУ
ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У
СПЕЦІАЛІЗОВАНІЙ ШКОЛІ ІНТЕРНАТІ**

Харківський національний медичний університет,

кафедра гігієни та екології №2

Науковий керівник – проф. Завгородній І.В.

Мета дослідження: аналітичний огляд літератури, стосовно гігієнічної оцінки навчального процесу та адаптації у дітей з вадами розвитку опорно-рухового апарату, які перебувають у спеціалізованій школі-інтернаті.

Економічні, екологічні, соціальні процеси чинять негативний вплив на функціональні можливості організму і призводять до того, що медико-психологічні характеристики дітей виявляють у них наростання хронічних захворювань. У тому числі збільшується кількість дітей, хворих на сколіоз, про що свідчать повідомлення гігієністів, педіатрів та хірургів-ортопедів.

Для таких дітей успішна адаптація в суспільстві пов'язана з можливістю отримання освіти, в тому числі вищої.

В даний час найбільш комплексним і пролонгованим видом лікувально-профілактичної допомоги дітям, хворим на сколіоз, є їх перебування в спеціалізованих оздоровчо-освітніх установах (школи-інтернати, реабілітаційні центри, пансіонати), де загальноосвітній процес поєднується з охоронним лікувально-оздоровчим, корегуючим та тренуючим режимами, які сприяють створенню необхідних умов соціальної, психологічної адаптації дітей та підлітків.

Існуючі спеціалізовані установи (школи-інтернати) здатні забезпечувати позитивний лікувально-оздоровчий ефект поряд з проведенням загальноосвітнього процесу та створенням умов для соціально-психологічної реабілітації дітей зі сколіозом. Основною метою спеціального освітнього стандарту для учнів із порушеннями опорно-рухового апарату є коригування змісту і розробка його змін та доповнень, що враховують рухову недостатність, а також визначення змісту трудової підготовки та корекційних предметів, спрямованих на виправлення множинних дефектів розвитку.

Проте несприятливі кризові процеси в суспільстві і погіршення матеріально-технічної бази установ народної освіти ставлять під питання можливість ефективного використання подібних шкіл-інтернатів для здійснення повноцінного оздоровлення цього контингенту дітей.

Станом на теперішній час питання спеціального навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату висвітлені недостатньо, більшою мірою це роботи медиків,

психологів, в яких відображені питання клініки, етіології, реабілітації; психологічних особливостей; а також роботи педагогів, які поглиблено розкривають питання корекційної роботи, виховання дитини в сім'ї і т.п. Однак, питання змісту навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в умовах спеціальної (корекційної) школи проведених дослідженнях розкриваються фрагментарно.

Таким чином, враховуючи вищезазначені матеріали, для реалізації мети дослідження на базі Загальноосвітньої Санаторної Школи-інтернату для дітей хворих на сколіоз №13, м. Харкова буде проведено гігієнічне дослідження санітарно-епідемічного стану; умов шкільного середовища та організації навчально-виховного та лікувально-оздоровчого режиму; рівня навчальної активності, розумової працездатності, психічного здоров'я і суб'єктивного відношення до найближчого оточення в учнів; оцінку рівня фізичного здоров'я дітей зі сколіозом.

Олейник Ю.А., Боярский А.А.
РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО
ВРАЧА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра гигиены и экологии №1
Научный руководитель: Олейник Ю.А

По данным мировой статистики, около 80% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира сегодня решаются на этапе первичного звена здравоохранения, без направления на более дорогие этапы вторичной (стационары) и третичной (реабилитационные центры) помощи. Решить все эти проблемы и частично реализовать их на практике должен семейный врач, способный оказывать гарантированный минимум медицинской, психологической и социальной помощи.

Основным направлением работы семейного врача должны быть первичная профилактика и донозологическая диагностика нарушений как соматического так и психического здоровья пациентов. С этой целью формируются так называемые группы риска по наиболее важным заболеваниям таким, как заболевания сердечнососудистой системы, сахарный диабет, злокачественные новообразования и т.д. Для этого составляется карта опроса для каждого жителя участка, куда входят как общие (пол, возраст, семейное и социальное положение, физическая активность, условия проживания и др.), так и специфические факторы риска (наследственная предрасположенность, подверженность стрессовым ситуациям, избыточная масса тела).

Аналогичным образом формируются группы риска для сердечнососудистых заболеваний, язвенной болезни желудка, хронических заболеваний легких и бронхов. Компьютерные программы для определения этих групп риска находятся в персональном компьютере семейного врача, что позволяет ему значительно эффективнее проводить комплекс лечебно-профилактических мероприятий, больше внимания уделять пропаганде здорового образа жизни.

Петренко Т.О., Резніченко О.Г., Дяченко Г.Д., Розумна К.О.
ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ
ВИЩОГО МЕДИЧНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ (ВМНЗ)

Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології №1

Науковий керівник: ас. Резніченко О.Г.

Актуальність. Навчання у вищій школі вимагає від студентів значної інтелектуальної й психоемоційної напруги, що доходить у період екзаменаційної сесії

до вищої межі. Крім того, нашаровуються соціальні, побутові, екологічні й інші навантажувальні фактори, які можуть привести до різних функціональних і психічних зривів.

Мета. Виявлення відповідності інтелектуального розвитку студентів до навчальних навантажень та здатністю оволодівати професійно вагомими функціями та якостями лікаря.

Матеріали та методи: Інтелект студентів вивчався за методикою Равена. Були досліджені студенти III курсу медичного факультету у кількості 213 осіб.

Результати. Переважна кількість студентів ВМНЗ мали нормальний та вище середнього рівень інтелекту ($39,34 \pm 3,73\%$). $24,59 \pm 3,83\%$ студентів мали середній інтелект. Нижче середнього та низький інтелект мали відповідно $14,75 \pm 3,34\%$ та $13,11 \pm 3,20\%$ студентів, незвичайний добрий та високий інтелект мали відповідно $3,27 \pm 1,75\%$ та $3,27 \pm 1,75\%$ студентів.

Висновки. Отже переважна кількість студентів ВМНЗ мали середні та високі рівні інтелекту, що вказує на їх здатність до логічного мислення, концентрації уваги, здібності до систематизації в мисленні.

Семенова Н.В., Христенко Н.Є
ВПЛИВ ШУМУ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН ЗДОРОВ'Я
НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет,
кафедра гігієни та екології № 2

Науковий керівник – д.мед.н., професор І.В. Завгородній

Актуальність. Деякі дослідники вважають, що недоношені діти внаслідок впливу шуму піддаються підвищеному ризику втрати слуху, порушенню мозкових функцій, сенсорного розвитку, а також мовним проблемам.

Метою дослідження було розробити систему профілактичних заходів щодо впливу шумового навантаження у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) на стан здоров'я недоношених дітей.

Матеріали та методи досліджень. Нами обстежено 28 дітей, умови виходжування яких суттєво відрізнялися. Розподіл дітей за статтю був 1:1. Дослідження та оцінка шумового навантаження проводилися вимірювачем шуму та вібрації типу ВШВ-003, за СН № 3077 – 84 “Санитарные нормы допустимого шума в помещениях жилых и общественных зданий и на территории жилой застройки”.

Результати досліджень. Рівень шуму медичної установи № 1 всередині інкубатора становив 54 дБА, медичної установи № 2 всередині інкубатора – 34 дБА. У медичній установі № 1 у 71,4 дітей реєструвалася туговухість недоношених, у медичній установі № 2 – у 40 % недоношених дітей.

Висновки. Таким чином, під час виходжування на недоношених новонароджених впливає підвищений рівень шуму. Шум можна вважати чинником, що може ускладнювати виходжування глибоконедоношених дітей.

СТОМАТОЛОГІЯ

Dorosh N.S., Andreyeva O.V.

THE USING OF DELAYED FILLING OF CARIOUS CAVITIES IN THE TREATMENT OF DEEP CARIES

Kharkiv National Medical University, Department of therapeutic dentistry

Considering the problems of deep caries treatment with the use of medical laying, which worsens the permanent sealing material fixing by virtue of the reduction of the permanent seal adhesion area to tooth tissues, we tested the method of delayed filling with applying of medical pad only on the first stage of treatment with further removal of temporary seal together with medical laying and imposing of permanent seal after normalization of electroodontometric data.

This method was tested in the treatment of acute and chronic deep caries in 10 teeth of 9 patients and the following results were obtained. According to our observations, the dynamics of positive changes in the treated dental pulp was more apparent in the period from 2 weeks to 4 month after treatment of deep caries. In the further periods the stabilization of electroodontometric data is taking place. The treatment of deep caries at the second stage after 4–6 months is performed without applying of medical pad. After replacement of the seal made of the glass ionomer cement on permanent filling material the indicators of electroodontometry not change significantly during the next control inspections. The results of deep caries treatment according to the delayed filling method were positive in all cases, despite the complete removal dentinogenetic paste after the normalization of electroodontometric indexes.

Thus, the treatment of deep caries using the method of delayed filling can be the choice method, especially in the cavities with heavy loses of hard tissues and further using of light-curing filling materials, as it allows to avoid multiple layers of seal and improve it's fixation in carious cavity.

Tomilina A.V., Yarovaya A.V.

APPLICATION OF THE NEW TARGET MATERIAL "AKRODENT" AT THE STAGES OF ORTHOPEDIC TREATMENT

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Pharmaceutical (temporary) crowns (PCs) are applied at the stages of orthopedic treatment with non-removable constructions in order to save / restore the chewing efficiency, aesthetic requirements, and to adapt prosthetic seat area. A variety of non-target dental materials, such as acrylic plastic materials, which are derivatives of acrylic and methacrylic acids, their esters, and some other compounds, are used for manufacturing of PCs. The most widely used material for manufacturing of PCs "Akriloksid" is a composite filling material based on acrylic copolymers and epoxy resins. The plastic material is characterized by fairly high color stability, which is ensured by the inserting of anti-erasor; the material is used to restore the anatomical form of teeth in the process of filling and dental prosthetics. However, there was no available target material for manufacturing of PCs so far, and therefore the structure of self-hardening polymer for temporary prosthetic constructions was developed ("Material for manufacturing of pharmaceutical crowns "Akrodent "; patent of Ukraine for invention 72400A), its indicator properties and clinically technological indexes were studied, and also the technique of chrono - technological analysis of polymerization was substantiated, which allowed to optimize clinical - factory modes of work with the new material "Akrodent."

The first experience of clinical application of the target material for the PCs at the stages of treatment of patients shows its increased efficiency at the expense of reduction of adaptation time to non-removable constructions and improvement of patients' life quality in the process of restoration of the dentition's integrity.

Thus, the given aspects of application of polymers in prosthetic dentistry substantiate the necessity and availability of usage of polymer "Akrodent" as the material of choice (with the possible optimization of their properties) in the process of manufacturing of pharmaceutical crowns.

Богату С.І.

УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ РОЗБІРНИХ КУКСОВИХ ВКЛАДОК (РКВ)

**Одеський національний медичний університет,
кафедра ортопедичної стоматології, м.Одеса, Україна
Науковий керівник – д.мед.н., проф. Чулак Л.Д.**

Протезування хворих із зруйнованими коронковими частинами зуба є важливим питанням ортопедичної стоматології. У наш час ортопедичні та терапевтичні методи відновлення зруйнованої коронкової частини зуба не є досконалими: класичні ортопедичні методи не дозволяють відновлювати зуб при скривленому чи перфорованому одному корені багатокореневого зуба, терапевтичні (реставраційні) методи вимагають достатньо строгої ізоляції реставрації від слини та ясеневої рідини, що достатньо важко при подібному відновленні. Все вищезазначене обґрунтовує актуальність проблеми.

Мета: удосконалення технології виготовлення РКВ.

Матеріали і методи. На кафедрі ортопедичної стоматології ОНМедУ запропонований спосіб лабораторного виготовлення РКВ у багатокорневих зубах за допомогою фрезерування місць з'єднань складових частин та утворення замкового з'єднання.

Результати. Запропонований метод має всі переваги лабораторних методів виготовлення РКВ, а також він дозволяє створити ідеальне крайове прилягання, профілактуючи розвиток вторинного карієсу, максимально відновити культю зуба, не потребує додаткової підгонки та шліфовки вкладки в клініці, що значно зменшує витрати часу лікаря на фіксацію такої вкладки в клініці, крім того, перевагою таких вкладок є можливість їх витягнення із зуба, що неможливе при застосуванні РКВ, виготовлених традиційним способом.

Висновки. Запропонована для застосування РКВ дозволяє відновити анатомічну форму зуба та його функціональні можливості (зокрема відновлює функцію пародонта зруйнованого зуба) і таким чином підвищити ефективність ортопедичної допомоги, що надається.

Волошан А.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО И СКУЛО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСОВ СО СМЕЩЕНИЕМ КОСТНЫХ ФРАГМЕНТОВ

**Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии**

Актуальность. Лицевой череп представляет собой сложный комплекс нескольких анатомических структур, каждая из которых выполняет свои функции и является

важным элементом, характеризующим лицо как сложный анатомический орган. Реабилитация пациентов с посттравматическими деформациями его верхней и средней зон остается одной из актуальных проблем современной челюстно-лицевой хирургии. Прежде всего, это связано с неуклонным ростом транспортного и бытового травматизма, в частности повреждений средней и верхней зон лица (Бернадский Ю.И., Робустова Т.Г., 2000). С конца 50-х годов 20 века для решения выбора устранения посттравматических деформаций было предложено большое количество различных методов лечения – костной пластики и имплантации. Современная челюстно-лицевая хирургия располагает широким диапазоном фиксирующих и реконструктивных систем внутренней фиксации лицевого скелета. Выбор метода лечения должен соответствовать каждому индивидуальному клиническому случаю, в том числе при повреждениях скуло-орбитального, скуло-альвеолярного комплексов.

Целью данной работы является сравнительная оценка эффективности методов лечения, реабилитационного периода больных с множественными сочетанными травматическими переломами средней зоны лица.

Задачи. 1) Оценка объема и тяжести повреждения костных структур с помощью современных методов диагностики. 2) Планирование и проведение адекватного функционально-стабильного хирургического лечения. 3) Ранняя функциональная адаптация пациентов с подобными повреждениями.

Материалы и методы. Мы провели наблюдение 5 клинических случаев больных с травматическими переломами костей скуло-орбитального, скуло-альвеолярного комплексов, находившихся на лечении в стоматологическом отделении КУЗ «ОКБ-ЦЕМД и МК» за период октябрь-ноябрь 2013 года. Во всех случаях наблюдались множественные сочетанные дефекты костных структур скуло-альвеолярного и скуло-орбитального комплексов со смещением фрагментов, сопровождавшихся гемосинусом, а в некоторых случаях ушиблено – рваными ранами мягких тканей. Все больные были обследованы клинικο-лабораторно и рентгенологически (КТ с 3D моделированием). Пациентам проводилось комплексное лечение согласно стандартов качества МОЗ Украины. Наиболее показательными выявились два клинических случая больных с переломами скуловых комплексов со смещением костных фрагментов. В первом – проведена операция: «Гайморотомия с репозицией, фиксацией отломков скуло-альвеолярного, скуло-орбитального комплексов, одномоментной остеореконструкцией травматического дефекта коллагеновыми мембранами». Верхнечелюстной синус был выполнен йодоформным тампоном с наложением назо-гаймороаностомоза. Во втором случае – «Гайморотомия с репозицией отломков скуло-альвеолярного, скуло-орбитального комплекса слева, методом металлостеосинтеза титановыми микропластинами».

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ непосредственных результатов лечения показал, что реабилитация пациентов с проведенным функционально-стабильным остеосинтезом протекает быстрее, а данный метод устранения деформаций средней зоны лицевого скелета является более современной и качественной методикой. При ее использовании одновременно соблюдаются основные задачи костной пластики дефектов: 1) точное восстановление сложных геометрических контуров лицевых костей; 2) минимизация количества этапов хирургического лечения и периода послеоперационной реабилитации; 3) обеспечение стабильной фиксации фрагментов лицевого черепа. Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения данных пациентов является предметом наших дальнейших исследований.

Волченко Н.В.

ШКОЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ УЧАЩИХСЯ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра стоматологии

Научный руководитель: д.мед.н., профессор Соколова И.И.

Здоровье нации – это, в первую очередь, здоровье подрастающего поколения. В последнее время наблюдается тенденция к ухудшению состояния здоровья школьников. По данным многих авторов [М. И. Чубирко, 2012; Соловьев М.Ю. с соав., 2007 и др] причины данной ситуации могут быть различными: социальные, материальные, экологические, наследственные и т.д. но так же, с недавнего времени, попадают данные о влиянии школьного обучения на организм учеников.

В настоящее время широко внедряются в образование инновационные учебные учреждения (лицеи, гимназии, коллегииумы, частные школы), характеризующиеся интенсификацией учебно-воспитательного процесса. Ухудшение состояния здоровья детей в процессе обучения особенно характерно для учащихся школ с повышенной учебной нагрузкой [Нагаева Т.А., 2007, Кучма В. Р. С соавт., 2013]. Однако характер инициатив породил их недостаточную социальную и научную обоснованность.

Данные С. Шпангенберг, Б. Боева (2003, 2006), говорят о том, что на здоровье учеников влияет существенно и в одинаковой степени как учебная нагрузка (вид обучения, общее количество часов, успех, частные уроки и т.п.), так и качество учебной среды (факторы микроклимата учебных помещений, освещенность рабочих мест, отопление и др.), а также качество обслуживания в школе (питание, спортивная деятельность, здания и основные учебные помещения школы и т.д.). Причем перечисленные факторы оказывают влияние как на общую, так и на специфическую для школьного возраста заболеваемость - на заболевания органов чувств, сердечно-сосудистой и нервной систем, желудочно-кишечные, а также некоторые эндокринные заболевания.

Известно, что только полноценный ночной сон обеспечивает восстановление функциональной работоспособности клеток коры головного мозга после продолжительной дневной деятельности. Накопленные в литературе данные свидетельствуют, что учащиеся сокращают активный отдых на открытом воздухе и ночной сон. Более выраженными оказались нарушения режима дня у учащихся учреждений нового типа. Чрезмерная нагрузка и малоэффективный отдых провоцируют напряжение регуляторных систем, приводят к целому ряду сложных изменений, обуславливающих снижение адаптивных возможностей организма.

В связи с этим, многие авторы [Потупчик Т.В., 2011, Коренев Н.М., 2001, Мусалимова Р.С., 20012 Шклярова О.А.] разделили школьные факторы, которые влияют на состояние здоровья детей на:

I. ВНЕШКОЛЬНЫЕ: экологические: • абиогенные (например, климатические), • биогенные (зависящие от воздействия животных и растений), • техногенные (зависящие от влияния технических устройств), • социогенные (зависящие от влияния общественных явлений или событий); экономические, социальные (семейные, социокультурные).

II. ВНУТРИШКОЛЬНЫЕ: педагогические: учебная нагрузка, средства и методы обучения и воспитания, педагогические методики, организация физического воспитания; физиолого-гигиенические: режим дня, школьное оборудование, организация двигательной активности, оздоровительные мероприятия); социопсихологические: мотивация учащихся, взаимоотношения «ученик – учитель», взаимоотношения «ученик – класс» (сверстники), взаимоотношения «учитель – родители».

Єлісєєва О.В.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТА У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ

Харківський національний медичний університет, кафедра стоматології

Науковий керівник: д.мед.н., професор Соколова І.І

Останнього часу намічається стійка тенденція до росту частоти поєднаного перебігу хронічного генералізованого пародонтита (ХГП) та червоного плоского лишая (ЧПЛ), а відомі методи лікування часто надають недостатній терапевтичний ефект.

Метою дослідження стало вивчення показників місцевого імунітету порожнини рота у хворих на хронічний генералізований пародонтит у сукупності із червоним плоским лишаєм.

Матеріали та методи дослідження. В дослідженні приймали участь 52 хворих, які були розподілені на 3 групи. 1 групу склали (20 осіб) пацієнти з інтактним пародонтом. До групи 2 (16 осіб) увійшли хворі з поєднаним перебігом ХГП та ЧПЛ без пошкодження слизової оболонки порожнини рота (СОПР), а до групи 3 (16 осіб) - хворі з поєднаним перебігом ХГП та ЧПЛ з пошкодженням СОПР. Групи 2 та 3 в свою чергу були поділені на підгрупи 2а та 3а (одержували стандартне лікування) і 2б та 3б (одержували розроблений терапевтичний комплекс). Хворим груп 2а та 3а призначали полоскання порожнини рота ополіскувачем «Регіо-АІД» 0,12% (Іспанія) 2 рази на добу після процедури чищення зубів пастою «Лакалут актив» (Німеччина). Пацієнтам підгрупи 3а крім того призначали аплікацію облепіховою олією на вогнище пошкодження СОПР один раз на добу. Хворим підгруп 2б та 3б призначали полоскання порожнини рота ополіскувачем «Лізомукоїд» (НПА «Одеська біотехнологія», Україна) 3-5 раз на добу, чищення зубів зубною пастою «Лакалут актив» та призначали таблетки для розсмоктування «Лісобакт» (Боснія і Герцеговина) по 2 таблетки 3-4 рази на день. Хворим підгрупи 3б, крім того, призначали аплікацію лізоцимвміщуючим гелем (НПА «Одеська біотехнологія», Україна). Також, проводилась системна терапія ЧПЛ (після консультації фахівця).

Отримані результати. У пацієнтів усіх груп відзначається гостре зниження рівня лізоциму в ротовій рідині (концентрація лізоциму коливається від 12,51 до 15,94, тоді як рівень лізоциму у здорового контролю 38,77). У пацієнтів, які отримували лікування по розробленій нами схемі, показники рівня лізоциму повернулися до контрольного та залишались на цьому рівні весь час спостережень (від 34,86 до 36,38). Динаміка контролю β -лізінів на протязі всього часу спостережень показала, що у всіх пацієнтів відзначалось достовірне зниження ($p < 0,05$) кількості даного ферменту слини (від 14,29 до 17,55) у порівнянні з контролем (28,43) до лікування та нормалізація концентрації β -лізінів (27,70) у групах 2б та 3б після проведеного лікування. Найбільш важливим компонентом системи комплементу являється С3-фрагмент. Рівень даного ферменту комплементу знижений у порівнянні з контролем у 1,5-2 рази. Проведене по розробленій нами схемі лікування нормалізує даний показник у всіх хворих 2б (923,3 мг/л) та 3б (1002,5 мг/л) груп через 2 тижня після початку лікування та залишається на рівні контрольних на протязі 3 місяців спостережень (993,5 мг/л та 972,4 мг/л відповідно). Після проведеного лікування в групах 2б та 3б відбулася нормалізація рівня sIgA в ротовій рідині на протязі всього періоду спостереження. У хворих ХГП на тлі ЧПЛ, які отримували лікування по стандартній схемі (2а та 3а), достовірні зміни даного показника відсутні ($p > 0,05$).

Висновки. Успішне лікування хворих ХГП на тлі ЧПЛ, по розроблений нами схемі, супроводжується відновленням показників місцевого неспецифічного імунітету порожнини рота, таких як вміст лізоциму, β -лізину, С3 фрагменту комплементу, а також нормалізацією рівня sIgA, як безпосередньо після закінчення курсу, так і через 3 місяці після завершення лікування.

Ключка Е. А.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра стоматологии

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Соколова И. И.

Актуальность. Стоматологическое обследование беременной женщины должно быть качественным и разносторонним, но при этом довольно лаконичным во временном аспекте с целью сокращения пребывания беременной женщины в заведомо стрессовом состоянии на приеме у врача-стоматолога. Поэтому врачу-стоматологу важно правильно расставить приоритеты при выборе методов клинического обследования беременной женщины, чтобы получить максимально информативные результаты, сделав акцент на наиболее уязвимых факторах стоматологического статуса беременных.

Цель. Используя собственный опыт проведения стоматологических клинических осмотров беременных женщин, выявить наиболее информативные и целесообразные методы клинического обследования беременных.

Материалы и методы. Материалом послужил опыт клинического стоматологического обследования 74 беременных женщин на разных сроках беременности.

Результаты. При обследовании стоматологического статуса беременных женщин было установлено, что, помимо кариозных поражений зубов, у беременных характерной патологией является катаральный гингивит (преимущественно хроническая форма). Классическим и наиболее удобным методом установления степени тяжести гингивита является папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (Parma, 1960). Учитывая склонность беременных женщин к развитию гингивита, а также высокую частоту встречаемости данной патологии у беременных, данный индекс при обследовании беременных использовался нами наряду с методами определения интенсивности кариеса (КПУ) и методом определения гигиенического состояния полости рта (индекс Фёдорова-Володкиной (1971)).

Выводы. Папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс информативен и рационален для проведения клинического обследования стоматологического статуса беременных женщин, поскольку позволяет выявить и определить степень тяжести катарального гингивита – характерной стоматологической патологии, сопровождающей течение беременности.

Мосейчук И.С., Шамли Ж.А.

ВЫБОР МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ У БЕРЕМЕННЫХ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

В давние времена говорили, что каждая беременность стоит женщине одного потерянного зуба. Даже сегодня, при всех возможностях современной стоматологии,

многих будущих мам беспокоит вопрос, можно ли удалять зуб при беременности? И правда, не повредит ли это вмешательство ребенку, ведь речь идет о небольшой операции?

Следует отметить, что во время беременности кариес у женщин развивается более интенсивно по причине снижения иммунитета и, возможно, из-за недостатка кальция и витаминов. Очаг воспаления в зубе и окружающих тканях очень опасен. Если стоматолог решает, что другого выхода нет, и нужно удалять зуб, операцию приходится делать на любом сроке беременности. В кариозных полостях может находиться золотистый стафилококк, который станет причиной серьезных проблем для новорожденного и его мамы. В норме здоровый организм успешно подавляет развитие микробов, однако беременность и роды сильно снижают иммунитет женщины, и очаги инфекции во рту становятся опасными источниками болезнетворных бактерий. Потому как гнойный очаг в челюсти мамы чреват для малыша серьезными осложнениями. На сегодняшний день разработаны анестезирующие препараты местного действия, которые не проникают вместе с кровью через плаценту к ребенку и не вредят ему.

Препаратом выбора для беременных из числа местных анестетиков является ультракаин (Ultracain). Он гораздо более эффективен, чем другие местные анестетики, и так же абсолютно безопасен при применении в местной анестезии при беременности. Ультракаин считается лучшим выбором для местной анестезии при беременности. Ультракаин очень быстро выводится из организма. Применение этого препарата никак не скажется на здоровье и развитии не рождённого ещё ребёнка. Ультракаин считают щадящим методом местного обезболивания при анестезии во время беременности.

Он практически не проникает через плацентарный барьер, в отличие от других местных анестетиков. Опытный врач – стоматолог подберёт для беременной женщины из своего арсенала местных анестезирующих средств именно тот препарат, который будет наиболее безопасен как для самой беременной, так и для её малыша. В любом случае желательно отдавать предпочтение ультракаину.

Беременность не является противопоказанием к стоматологическому вмешательству, в частности не запрещено лечение зубов во время беременности, но необходимо помнить, что в первые три месяца существует наибольшая опасность неблагоприятного воздействия стоматологических процедур, так как в этот период происходит закладка тканей и органов ребенка. Также не следует планировать стоматологические процедуры на последний месяц беременности по причине того, что он характеризуется увеличением частоты осложнений ее течения.

Никонова Ю.В.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИССУР ЗУБОВ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии**

Научный руководитель профессор Рябоконт Е.Н.

По данным литературы основной проблемой кариесологии является диагностика и профилактика фиссурного кариеса, поскольку он, по-прежнему, занимает по частоте возникновения ведущее место. В настоящее время известно достаточно много различных методик диагностики кариеса, в том числе и фиссурного. Одной из последних разработок является хорошо известный электрометрический метод

определения электропроводности твердых тканей зубов (ЭПТЗ), разработанный Г.Г. Ивановой и В.К. Леонтьевым. Однако данный метод не позволяет оценить степень устойчивости эмали фиссур к воздействию кислот и оценить ее изменение после проведенной реминерализирующей терапии. В доступной нам литературе мы не нашли методов исследования, позволяющих диагностировать устойчивость эмали фиссур к воздействию деминерализирующих растворов. По нашему мнению, такую возможность может дать кондуктометрический метод исследования.

Целью нашего исследования явилось изучение возможности использования кондуктометрического метода для оценки устойчивости эмали фиссур зубов к воздействию деминерализирующих растворов.

Для достижения поставленной цели нами предлагается методика кондуктометрического измерения электросопротивления деминерализирующего раствора, внесенного в фиссуру зуба и динамика его изменения во времени.

Для проведения исследования использовались тонкие игольчатые электроды, которые позволяют погрузить их в просвет фиссуры на максимальную глубину. Расстояние между концами игольчатых электродов составляло 1 мм. В качестве деминерализирующего раствора использовался 0,01 Н раствор соляной кислоты.

Для проведения исследования в фиссуру зуба устанавливали игольчатые электроды, затем в просвет фиссуры вносили деминерализирующий раствор. Измерения проводили кондуктометром Анион 4151, а изменения электропроводности раствора регистрировали графически при помощи осциллографической приставки к персональному компьютеру. Полученные данные анализировали визуально и путем измерений параметров графической записи с последующей математической обработкой.

Материалом данного этапа исследования явились зубы, удаленные по ортодонтическим показаниям и временные зубы с интактной жевательной поверхностью, удаленные в результате физиологической смены. Исследование проводили в 2-3 участках фиссуры, количество измерений в одной точке составляло 5. Время одного исследования составляло в среднем 80 секунд. В настоящее время нами проведено исследование фиссур 12 постоянных и 7 временных зубов.

Как показали проведенные исследования, графическая запись реакции, растворения эмали в области пигментированной фиссуры, характеризуется в 2,7 раза более выраженным углом наклона графической кривой и 1,4 раза увеличенным показателем электропроводности деминерализирующего раствора, по сравнению с исследованием, проведенным в области непигментированной фиссуры. Полученные данные, позволяют сделать заключение, что предлагаемый метод исследования позволяет расширить объем информации о состоянии фиссур, степени их минерализации, устойчивости к воздействию агрессивных сред и, соответственно определить дифференцированный подход к назначению профилактических мероприятий.

Савельева Н.Н.

О ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ ЭНТЕРОБИОЗОМ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
стоматологии**

**Научный консультант: зав. кафедрой терапевтической стоматологии ОНМУ,
член-кор. НАМН Украины, д.мед.н., профессор Косенко К.Н.**

Актуальность. Анатомо-физиологическая близость органов полости рта и пищеварительного тракта (именно он в большинстве случаев подвержен в первую

очередь патологическому воздействию паразитов), общность иннервации и гуморальной регуляции создают предпосылки к вовлечению слизистой и тканей пародонта в патологический процесс при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта на фоне паразитарной инвазии.

Самым распространенным кишечным гельминтозом является энтеробиоз (Елгандиева Н.К., 2000), которым ежегодно в мире заражается 460 млн. человек (Chan M.S., 1997). Во многих случаях энтеробиоз в организме протекает длительно и многократно повторяется, в результате этого снижаются антагонистические свойства кишечной микрофлоры по отношению к возбудителям острых кишечных инфекций. Энтеробиоз сопровождается выраженной и стойкой иммунодепрессией, сохраняющейся несколько месяцев даже после эффективной химиотерапии (Астафьев Б.А., 1998).

Целью настоящего исследования явилось определение характера течения хронического генерализованного пародонтита I-II ст. тяжести у лиц молодого и среднего возраста больных энтеробиозом.

Материалы и методы. В основную группу вошли 180 лиц, инвазированных энтеробиозом молодого и среднего возраста (20-40 лет) с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) I-II ст. тяжести. Группу сравнения составили 90 человек с ХГП без энтеробиоза. Обе группы были разделены на 4 возрастные подгруппы (20-25 лет; 26-30 лет; 31-35 лет; 36-40 лет). Для постановки диагноза использовалась классификация заболеваний пародонта Н.Ф. Данилевского (1994).

Результаты исследования. В ходе исследований установлено, что в основной группе процент больных ХГП I-II ст. тяжести в возрасте 20-30 лет составляет 25,5%, тогда как в группе сравнения всего лишь 11%. При сравнении групп по тяжести заболеваний видно, что в основной группе число больных с ХГП II ст. тяжести заболевания на 32,7% больше, чем в группе сравнения, где больных с этой степенью тяжести оказалось 33,3%. В ходе исследований было установлено, что среди лиц молодого возраста (20-30 лет), ХГП II ст. тяжести чаще отмечается в основной группе, чем в группе сравнения, соответственно 17,1% и 2,2%. В группе сравнения основное количество больных 25,5% имели продолжительность заболевания ХГП более 8 лет. Иная картина наблюдалась у больных энтеробиозом. По сравнению с больными группы сравнения, в основной группе отмечалось существенное (более чем в 2 раза) увеличение числа больных ХГП I-II ст. тяжести с коротким сроком заболевания (1-3 года), а также числа больных с продолжительностью заболевания 4-7 лет. Следует заметить, что в группе сравнения больные с ХГП II ст. тяжести сроком 1-3 года совсем отсутствовали, процент больных этой категории в основной группе составлял 12,2%. Анализ полученных данных показал, что в основной группе число больных ХГП со II ст. тяжести сроком 4-7 лет превышало число аналогичных больных в группе сравнения в 7,68 раза.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что на фоне энтеробиоза происходит увеличение количества больных ХГП I-II степени тяжести заболевания среди лиц молодого возраста (20-30 лет), а также увеличение количества больных ХГП II степени тяжести, имеющих короткие сроки заболевания (1-3 года).

Свидло О.А.

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН С ЦЕЛЮ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

На сегодняшний день остается актуальной тема воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. По статистике количество больных с одонтогенной инфекцией из года в год не становится меньше, если в середине прошлого столетия их было около 30% от числа всех больных обратившихся за медицинской помощью в стоматологические стационары, то в начале нынешнего столетия количество этих больных составляет уже около 70% , а значит и решение вопросов лечения этих больных остаются важными и необходимыми в современной медицине.

Как правило, острые воспалительные процессы, в частности флегмоны глубоких клетчаточных пространств лица, сопровождаются затрудненным открыванием рта – воспалительной контрактурой.

Контрактура является одной из главных проблем в постоперационном периоде лечения флегмон челюстно-лицевой области. Часто бывает недостаточно одной эвакуации гнойного экссудата, а также антибактериальной и противовоспалительной терапии для ликвидации контрактуры, необходимы еще и другие мероприятия, которые были бы направлены на восстановление функционального состояния жевательных мышц в зоне гнойного воспаления и сокращения периода реабилитации больных с гнойно-воспалительными заболеваниями.

В связи вышеуказанным, наше внимание было обращено на решение этой проблемы и начат процесс изучения патогенеза воспалительных контрактур, и на основании этого ведется подбор патогенетического комплекса терапии направленного на сокращения сроков проявления контрактуры.

Известно, что в мышечной ткани окружающей гнойный очаг, происходит отек как внутримышечных так и межмышечных структур, за счет усиленной проницаемости сосудистой стенки в период воспаления, а в области лица в связи с большей васкуляризацией он более выражен - что, ведет к нарушению физиологической работы мышцы. Клинически это проявляется в челюстно-лицевой области, как нарушение функции открывания рта. Поэтому в комплексном лечении контрактур воспалительного генеза в качестве противоотечной терапии нами был применен отечественный противотечный препарат – раствор L-лизина эсцинат 0,1%, который назначался в составе комплексной терапии больным с флегмонами челюстно-лицевой области сопровождавшихся выраженной контрактурой, а также в качестве предоперационной подготовки.

Критериями оценки эффективности препарата были: общее состояние больных по данным опроса, результаты лабораторных исследований, а так же клинические исследования – степень отека мягких тканей в зоне воспалительного очага, степень открывания рта, которая измерялась ежедневно, данные электромиографических исследований в динамике лечения. На фоне применения раствора L-лизина эсцинат, к 5-7 суткам открывание рта у больных было в полном объеме. В связи с вышеуказанными положительными результатами, медикаментозный препарат L-лизина эсцинат нашел широкое применение в нашей клинике при лечении флегмон челюстно-лицевой области сопровождающихся выраженной контрактурой жевательных мышц.

Слинько Ю.О.
НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии

Научный руководитель – д.мед.н., проф. Е.Н.Рябоконт

В настоящее время убедительно доказано негативное влияние малоподвижного образа жизни на функционирование практически всех систем и органов человека (Тизул А.Я., 2001; Качелаева Ю.В., Тахаутдинов Р.Р., 2010; Reeder N.etal., 2010). Изучение влияния гипокинезии на состояние стоматологического здоровья является актуальным. Во-первых, в настоящее время уже существует поколение, родившееся от матерей, которые вели малоподвижный образ жизни в период беременности. Во-вторых, учитывая тенденцию к нарастанию частоты патологии тканей пародонта и не всегда должную эффективность многочисленных схем лечения, целесообразным является перенесение акцента на мероприятия первичной профилактики данных заболеваний. Они должны быть разработаны с учетом изменений биологических основ жизни современного человека, среди которых гипокинезия является одним из наиболее значимых.

На первом этапе исследований были выявлены структурно-функциональные изменения со стороны всего комплекса тканей пародонта (эпителий десны, периодонтальная связка, костная ткань) и слюнных желез экспериментальных животных, матери которых находились в условиях гипокинезии. Также были получены данные биохимического исследования крови и тканей пародонта подопытных животных, свидетельствующие о нарушении про-/антиоксидантного равновесия в сторону активации прооксидантных механизмов. Вышеизложенное свидетельствует об уменьшении адаптационных возможностей пародонтального комплекса потомства под влиянием экспериментальной гипокинезии матерей, что в дальнейшем может привести к формированию предрасположенности к развитию воспалительных заболеваний пародонта.

Вместе с тем, проведенные исследования позволили установить, что даже непродолжительная физическая нагрузка во время вынашивания потомства гипокинетичными самками существенно улучшает морфофункциональное состояние слюнных желез, периодонтальной связки потомства, восстанавливает про-/антиоксидантное равновесие в крови и тканях пародонта экспериментальных животных. Это дает основание признать кратковременные физические нагрузки одним из факторов профилактики воспалительных заболеваний десен.

Исходя из вышесказанного, назрела необходимость активно мотивировать беременных к осознанному пониманию важности профилактики заболеваний пародонта у их будущих детей путем поддержания активного двигательного режима самих женщин.

Нами была предпринята попытка воздействия на уровень ответственности беременной женщины путем разработки и активной выдачи информационного буклета «Памятка будущей матери». В ней, помимо различной необходимой информации, дана характеристика понятия «Здоровый образ жизни» с детальным описанием: правильного режима дня и его структурных компонентов - сна, кратности приема пищи, физической активности); приведены сведения об оптимальных вариантах физической нагрузки для беременных с указанием кратности, интенсивности занятий, гигиенических требований к условиям их проведения.

В предложенном информационном буклете также изложены рекомендации по особенностям физических упражнений для женщин с физиологическим течением беременности в зависимости от ее триместра и общие принципы их применения. Также приведен комплекс специальных упражнений для беременных для регулярного выполнения. Варианты информационных буклетов для беременных являются перспективным направлением профилактики стоматологических заболеваний не только будущих матерей, но и их детей.

Спиридонова К.Ю., Комаров А.К.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «TOOTHMOUSSE» (GC) ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии

Научный руководитель – д.мед.н., профессор Назарян Р.С.

Актуальность проблемы. Начальный кариес является единственно обратимой первой стадией кариозного процесса. При формировании очагов деминерализации в поврежденном подповерхностном участке изначально происходит уменьшение количества кальция, фосфора, магния, карбонатов, снижение плотности эмали, повышение ее растворимости, уменьшение коэффициента Ca/P.

Процесс реминерализации эмали заключается в насыщении ее минеральными компонентами. Ионы кальция и фосфора способствуют восстановлению апатитов при начальных кариозных поражениях.

Одним из новых кальций-фосфатных соединений является комплекс казеин-фосфопептида (CPP) и аморфного кальция фосфата (ACP), разработанный в университете Мельбурна в 1995 г. и запатентованный в виде системы CPP-ACP (CaseinPhosphoPeptide – AmorphousCalciumPhosphate). Комплекс казеин-фосфопептида (CPP) и аморфного кальция фосфата (ACP) является активным компонентом GC «ToothMousse». В среде полости рта CPP-ACP прочно связывается с биопленкой, эмалью, мягкими тканями полости рта, и далее под действием кислоты зубной бляшки и бактериальных ферментов высвобождает в околозубную среду часть ионов кальция и фосфора.

Цель исследования изучить клиническую эффективность применения препарата «Toothmousse» (GC) при лечении очаговой деминерализации постоянных зубов у детей.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 52 ребёнка в возрасте от 6 до 8 лет Дзержинского района города Харькова. Среди обследованных детей у 12 человек была выявлена очаговая деминерализация эмали. Для дифференциальной диагностики начального кариеса с некариозными поражениями использовали окрашивание эмали зубов 2% водным раствором метиленового синего. Всем детям была проведена профессиональная чистка зубов. Назначены аппликации GC «ToothMousse» в домашних условиях. Рекомендовали проводить процедуру 2 раза в день после чистки зубов, наносить мусс на зубы непосредственно пальцем и выдерживать в течение 5 минут. После процедуры рот не ополаскивать и воздержаться от приёма пищи в течение часа. Курс лечения – 1 месяц.

При оценке эффективности лечения учитывали следующие параметры: цвет и размеры пятна, блеск поверхности, однородность пятна, площадь очага деминерализации. Детей осматривали до лечения и после курса лечения.

Результаты исследований и их обсуждение. После проведённого курса реминерализирующей терапии нами получены результаты, свидетельствующие о

положительной динамике: произошло уменьшение видимой части кариозного пятна, изменился цвет очага деминерализации (на фоне белого опакового пятна появились участки прозрачной эмали), восстановился блеск эмали в области очагов деминерализации у всех детей.

Выводы. Таким образом, применение препарата «ToothMousse» (GC) имеет выраженный терапевтический эффект при лечении начального кариеса постоянных зубов и предотвращает развитие более тяжелых форм кариеса у детей.

Стеблянюк А.А., Худик А.К.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОСТИТА ПРЕПАРАТАМИ НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Периостит продолжает оставаться наиболее распространенным острым локальным заболеванием полости рта (Тимофеев А.А. и соавт., 2007 г.). На фоне основного требования к обеспечению достаточного регенеративного и иммуномодулирующего действия многих медицинских препаратов, которые используются при лечении периостита (Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., 2008 г.), важное место занимают препараты на растительной основе.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности препарата на растительной основе «Витаон» (ООО «Литомед», г. Москва).

Бальзам «Витаон» обладает противовоспалительным, антимикробным, ранозаживляющим, обезболивающим и кровоостанавливающим действием. В его состав входят натуральные растительные экстракты и эфирные масла с высоким содержанием биологически активных веществ.: масляный экстракт лекарственных растений (мята, ромашка, полынь, зверобой, шиповник, чабрец, тысячелистник, календула, тмин, фенхель, чистотел, почки сосны), эфирная композиция, содержащая мятное, апельсиновое и фенхелевое масла, камфора.

Материалы и методы обследования. Нами проведено обследование, лечение и наблюдение в динамике 22 больных (10 женщин и 12 мужчин) в возрасте от 18-55 лет. При этом учитывалась локализация, характер экссудата, сроки удаления зуба, состояние гигиены рта и послеоперационное течение раны. Больные обычно обращались на 2-4 сутки после начала заболевания с жалобами на боль и отек в области пораженного зуба, неприятный запах из полости рта, чувство дискомфорта, повышение температуры тела.

Для сравнительной оценки эффективности лечения в зависимости от характера проводимого метода все больные были распределены на 2 группы по 11 человек в каждой. Лечение больных 1 и 2 групп проводили по общепринятой методике. Отличие было в том, что больным 1-ой (основной) группы лунку удаленного зуба заполняли турундой с бальзамом «Витаон». Материал пропитывался кровью и хорошо удерживался в лунке удаленного зуба. Пациентам 2-ой же (контрольной) группы лунку заполняли йодоформной турундой.

Эффективность сравниваемых методов лечения периостита оценивались по времени исчезновения болей, отека, гиперемии слизистой вокруг лунки, заполнение ее грануляционной тканью, числу посещений.

Обсуждение результатов. Полученные нами результаты исследований показали, что боли и воспалительные изменения в области лунки удаленного зуба значительно уменьшились в течение первых суток от начала лечения у 8 (89%) больных 1-ой группы, у 7 (78%) пациентов 2-ой группы. На 2 сутки у больных 1-ой группы прекратились боли, уменьшилось количество отделяемого. Побочных эффектов

при использовании фитопрепарата бальзама «Витаон» не было выявлено ни в одном случае. В то же время, такая же симптоматика наблюдалась у пациентов 2-ой группы на только 3-4 сутки.

Таким образом, согласно нашим исследованиям, проведенное лечение периостита с использованием бальзама «Витаон» явилось рациональным и эффективным. Данный метод может использоваться как альтернатива традиционному медикаментозному методу лечения периостита с применением йодоформной повязки, а также больным с аллергическими реакциями на препараты йода. Полученные нами результаты исследования позволяют рекомендовать бальзам «Витаон» в стоматологической практике для лечения периостита.

Хорошилов К.Ю.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ВТОРОГО МОЛЯРА

**Национальный исследовательский университет «Белгородский
государственный университет», г. Белгород, Россия**

Научный руководитель: к.мед.н. Копытов А.А.

Актуальность. Подвижность зубов – важный описания жевательной эффективности зубочелюстного аппарата. У взрослого человека подвижность зубов зависит от выраженности и взаимообусловленности нагружения и микробного повреждения. Необходимо рассматривать перемещение зуба в вертикальном, трансверзальном и сагиттальном направлении. Однако в процессе мезиального перемещения, зуб утрачивает устойчивость. Угол установки зуба количественно определяет его устойчивость в зубочелюстном аппарате. Изменение угла конвергенции приводит к утрате устойчивости зуба. Определение угла устойчивости зуба необходимо для получения информации о эффективности зуба, в момент жевательной нагрузки, для зубочелюстной системы.

Цель: Определить устойчивость второго премоляра

Материалы и методы: В качестве материалов для проведения исследования использовали ортопантограмму. Между зубами 3.6, 3.7 отсутствует аппроксимальный контакт, визуализируется просветление равное 2,2 мм.

Результаты исследования: Количественное определение устойчивости зуба 3.7 определяют следующим образом: Этап 1. Используя теорему о медианах, определяют точки соответствующие центрам тяжести зубов 3.6 и 3.7. 1.1. Строят треугольники для нахождения точек, соответствующих центрам тяжести зубов 3.6 и 3.7. 1.2. Определяют точки центров тяжести зубов 3.6 и 3.7 в точке пересечения медиан треугольников. 1.3. Строят линии соответствующие жевательным поверхностям исследуемых зубов, и параллельную линию на уровне апексов зубов 3.6 и 3.7.

Этап 2. Проводят линию, соответствующую окклюзионной плоскости, и параллельную ей условную линию на уровне апексов. Этап 3. Опускают перпендикуляры из точек пересечения линий, соответствующих жевательным поверхностям зубов 3.6 и 3.7, с окклюзионной плоскостью, на точки пересечений условных линий параллельных жевательным поверхностям исследуемых зубов с параллельной линией соответствующей окклюзионной плоскости.

Этап 4. Определяют углы устойчивости зубов 3.6 и 3.7. Соединяют точки центров тяжести зубов 3.6 и 3.7 с точками пересечения условных линий параллельных жевательным поверхностям исследуемых зубов с параллельной линией соответствующей окклюзионной плоскости. Находят углы между полученными двумя отрезками для зубов 3.6 и 3.7. Например в результате исследования выяснили,

что основание треугольников или линия жевательной поверхности зубов 3.6 и 3.7 не соответствует окклюзионной кривой. Угол конвергенции зуба 3.6 равен 64,0°, а зуба 3.7 равен 13,30°. Определяя угол устойчивости для зубов 3.6 и 3.7, получили следующие данные: угол устойчивости зуба 3.6 равен 68,8°, а угол устойчивости зуба 3.7 равен 80,8°.

Выводы. 1. Полученная количественная информация о устойчивости зубов, поможет врачу-стоматологу рассмотреть варианты расширения ортопедической конструкции. 2. Устойчивость зуба 3.7 в сравнении с зубом 3.6, снижена на 17,4%.

Чирик О.І.

СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У МОЛОДИХ ОСІБ З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії
Науковий керівник – д.мед.н., професор Рузін Г. П.**

Переломи нижньої щелепи посідають окреме місце в структурі щелепно-лицевого травматизму внаслідок найбільшої поширеності. У лікувальній практиці домінує точка зору про необхідність, починаючи з перших днів госпіталізації травмованого, застосовувати комплексну патогенетичну терапію, у складі якої призначаються антибіотики з профілактичною метою всім без виключення постраждалим, не зважаючи на вік хворого, наявність супутньої соматичної патології, строку надходження до стаціонару тощо. Загальновідомо, що травма сама по собі є стресовим фактором, який може пригнічувати певні ланки імунної системи. Публікації останніх років свідчать, що антибактеріальні препарати є потужними імунодепресантами. Таким чином, на тлі дисбалансу імунореактивності, йде додаткове пригнічення імунної системи, що може призвести до розвитку запальних ускладнень.

Слизові оболонки мають комплекс факторів неспецифічного та специфічного імунологічного захисту, що забезпечує у більшості випадків надійний бар'єр на шляху проникнення патогенів. До них, у першу чергу, відносяться секреторний імуноглобулін А (sIgA) та лізоцим.

Метою дослідження стало визначення стану місцевого імунітету ротової порожнини у травмованих осіб молодого віку без проявів супутньої соматичної патології в залежності від строків госпіталізації з моменту отримання травми.

Проведено обстеження 80 осіб віком від 18 до 35 років з травматичними переломами нижньої щелепи, без проявів супутньої соматичної патології, що знаходились на лікуванні в клініці кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ХНМУ: І група (50 осіб) – хворі, які в схемі лікування не отримували антибактеріальну терапію, ІІ група (30 осіб) – пацієнти, які приймали протимікробні препарати. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, які не мали хронічної стоматологічної патології в анамнезі та не отримували будь-якої медикаментозної терапії за місяць до обстеження.

З'ясовано, що в слині осіб контрольної групи концентрація sIgA була, в середньому, на рівні (207,5±10,3) мг/л, а лізоциму – (59,8±3,5) мкг/мл.

Встановлено, що у пацієнтів обох клінічних груп, які надійшли до стаціонару на 0-4 добу після травми зазначені показники не відрізнялися між собою та відповідали референс-значенням лабораторії. На 5-7 добу надходження до медичного закладу показники місцевого імунітету у травмованих осіб виявилися нижчими за відповідні референтні показники.

При проведенні кореляційного аналізу встановлена зворотна залежність між часом надходження пацієнтів до стаціонару та показниками місцевого імунітету в слині травмованих осіб до початку лікування (коефіцієнт кореляції $r = -0,7$). Так, вміст sIgA в слині пацієнтів, що надійшли у стаціонар в перші дві доби після перелому становив, в середньому $(181,32 \pm 3,07)$ мг/л. Тоді, як у пацієнтів, що потрапили до стаціонару на 5-7 добу після травми, кількість sIgA в слині становила $(85,67 \pm 2,33)$ мг/л. Аналогічно змінювався і вміст лізоциму: в перші дві доби після перелому кількість цього ензиму в слині була на рівні $(52,75 \pm 0,72)$ мкг/мл, а на 5-7 добу після травми – $(19 \pm 2,08)$ мкг/мл.

Після проведеного лікування у пацієнтів, що в комплексній терапії не отримували антибактеріальні препарати, вміст sIgA та лізоциму в слині відповідав референтним значенням лабораторії та склав відповідно $(136,12 \pm 1,56)$ мг/мл та $(47,6 \pm 0,5)$ мкг/мл. Показники місцевого імунітету у осіб, які отримували антибіотики, були достовірно нижчими за відповідні показники першої групи пацієнтів та за референс-показники: sIgA – $(97,5 \pm 0,94)$ мг/л, лізоцим – $(28,93 \pm 0,83)$ мкг/мл ($p < 0,001$).

Отримані дані підтверджують пригнічуючу дію антибактеріальних препаратів на імунну систему. Вказане диктує необхідність визначення стану місцевого імунітету для подальшого диференційованого призначення схеми медикаментозного лікування хворих з переломами нижньої щелепи.

Al'kov V. A.

THE ISSUE OF MORAL LEVEL AMONG THE JUNIOR PERSONNEL OF KHARKIV PROVINCIAL MUNICIPAL HOSPITAL PSYCHIATRIC UNITS IN THE LATE 19TH – EARLY 20TH CENTURY

Kharkiv National Medical University, Department of Social Sciences

The problem of training and ethics of junior personnel, whose obligation is a direct communication and provision of medical care for mentally ill patients, is highlighted in the conditions of world morality crisis. Clear vision of the issue in a historical retrospection will help us to avoid incidents in future.

In the late 19th century, psychiatric care became the main specialization of the Kharkiv provincial municipal hospital. More than half of patients were mentally ill, and by the early 20th century, there were already 85 % of such patients. Thus, the problem of shortage of the qualified junior personnel emerged. The system of non-restraint, improving nutrition, cultural and educational work as well as treatment methods, which did not presuppose medication, showed gradual humanization of attitude towards mentally ill people. However, the attitude of "servants" (hospital attendants were called so that time) was extremely unacceptable, which influenced greatly the course of the illness.

Due to congestion, supervision of patients was extremely difficult. This duty was entrusted to the "servants" of departments, who monitored abiding of cleanliness, oversaw after walks and work, served food to patients etc. They were in constant contact with the patients. "Servants" were labor migrants recruited from surrounding villages. Respectively, they had no idea in taking care of ill, accustomed to their duties for a long time. People worked until they got exhausted and then looked for another job. Low salaries also contributed to the personnel turnover. As was noted by one of witnesses, the market offer of morality, humanity and self-denial was not so large, especially for 8 – 12 rubles per month for hospital attendants in male units and 5 – 7 rubles – in the female ones. Labor ethics was extremely poor as well as roughness and hostile attitude to patients were the frequent phenomena. The environment around the "servants" showed a typical characteristic. Stealing patient's hospital linen, for instance, was a usual practice. There were cases of alcohol abuse and patients battering, which demoralized junior staff further. Pacification of exuberant such as sadistic drubbing was applied. For example, mental patient V. Chergin was drubbed to death by two hospital attendants. Some supervisors-doctor's assistants even encouraged the intimidation of patients by subordinates and other immoral actions practicing. The attitudes of servants to patients made a depressive impression on newcomer staff. In 1901, as a result of two complaints of newcomers, six hospital sadist attendants were committed for trial. Negligence was striking, deaf and dumb mentally ill patient had been scalded during bathing. "Servants" had taken no action therefore patient died of heart failure at night. However, I. Rakhimov, intern of XVIII psychiatric unit, noted that the moral qualification of hospital attendants was not lower than that one of ordinary servants and considered that criticism of "Saburov's Cottage" was not grounded. This can be seen as merely an attempt of justification. Only in the late 19th century, merryful nurses with impeccable reputations appeared in the hospital.

In conclusion, one can say that staff deficit led to recruitment of random people without taking into consideration of their moral merits and professional suitability. These junior

medical personnel showed shocking negligence. Cruelty and cynicism were caused by psychological and professional unpreparedness to work in severe conditions.

Mensah Seth Omari
TARAS SHEVCHENKO'S NAME ON THE MAP OF THE WORLD
Kharkiv National Medical University, Social Sciences' department, Ghana
Supervisor: Ph.D. Martynenko Nataliya

Taras Hryhorovych Shevchenko is distinguished Ukrainian poet and artist. He was known like an author of book "Kobzar". Shevchenko is also known for many masterpieces as a painter and an illustrator.

There are many monuments to Shevchenko throughout Ukraine the most notable ones are in Kaniv and in the center of Kyiv, just nearby the Kyiv University. Other famous monuments to the poet located in many Ukrainian cities: in Kharkiv, Lviv, Luhansk, etc.

Outside of Ukraine, monuments to Shevchenko have been put up in several locations of the former USSR associated with his legacy, both in the Soviet and the post-Soviet times. The modern monument in Saint Petersburg was erected on December 22, 2000, but the first monument was built in the city in 1918 on the order of Lenin shortly after the Russian Revolution (1917). There is also a monument located next to the Shevchenko museum at the square that bears the poet's name in Orsk, Russia (the location of the military garrison where the poet served). There is a street, a library and the even Pedagogical Institute, named after Taras Shevchenko. There are monuments and museums in Kazakhstan where he later was transferred by the military: Aqtau (the city was named Shevchenko between 1964 and 1992) and nearby Fort Shevchenko (renamed from Fort Alexandrovsky in 1939). There is a street named after him in Vilnius (because poet lived there), and even Tiraspol University (Transnistria). There is also a bilingual Taras Shevchenko high school in Sighetu Marmatiei, Romania.

Monuments to Shevchenko have been put up in many countries, usually under the initiative of local Ukrainian Diasporas. There are several memorial societies and monuments to him in Canada and the United States. The most notable one is the Leo Mol monument in Washington, D.C., near Dupont Circle. The town of Vita in Manitoba, Canada was originally named Shevchenko in his honor. There is a Shevchenko Square in Paris located in the heart of the central Saint-Germain-des-Prés district. The Leo Mol sculpture garden in Winnipeg, Manitoba, Canada, contains many images of Taras Shevchenko.

A two-tonne bronze statue of Shevchenko, located in a memorial park outside of Oakville, Ontario was discovered stolen in December 2006. It was taken for scrap metal; the head was recovered in a damaged state, but the statue was not repairable. The head is on exhibit at the Taras Shevchenko Museum and Memorial Park Foundation in Toronto. There is a Shevchenko Boulevard in the Lasalle borough of Montreal, Quebec.

In 2001, the Ukrainian society "Prosvita" raised the initiative of building a Church near the Chernecha Mount in Kaniv, where Taras Shevchenko is buried. The initiative got a rather supportive response in the society. Since then many charity events have been held all over the country to gather donations for the above purpose. A marathon under the slogan "Let's Build a Church for the Kobzar" by the First National Radio Channel of Ukraine collected 39,000 hrn. (7,500\$) in October 2003. Taras Shevchenko Museum & Memorial Park Foundation is located in Toronto, Canada. A video tour of the museum was created in March 2010. Among other exhibits, the video tour includes footage of Shevchenko's death mask.

There is Taras Shevchenko's statue at Ukraine Square in Curitiba, Brazil.

The British band New Order released a live video on Factory Records entitled Taras Shevchenko, recorded in 1981 at the Ukrainian National Home in the East Village of New

York City, and the initial scenes feature a digitized version of the Shevchenko self-portrait. The video artwork was done by graphic designer Peter Saville. This was later included on their video *New Order 3 16*. On 26 June 2011 a bronze and granite statue of Taras Shevchenko, created by Leo Mol, was unveiled in Ottawa, Canada.

So, in conclusion we should say that the name of Taras Shevchenko is world-wide famous and he is a symbol of Ukrainian national spirit and idea. He wished the best for his “lovely Ukraine”.

Samiev Mironshokh

TARAS SHEVCHENKO: UKRAINIAN POET, ARTIST AND NATIONAL BARD

Kharkiv National Medical University, Social Sciences' department, Uzbekistan

Supervisor: Ph.D. Martynenko Nataliya

The great poet, ardent patriot, thinker and humanist, Shevchenko, was an outstanding master of Ukrainian painting and graphic art, the founder of critical realism and the folk element in Ukrainian fine arts.

Small Taras lost his mother and then his father early. He had suffered a lot of grief and humiliation. Shevchenko felt a great desire to paint, so he made the attempts to start training in malarstvo (painting). At 14 Taras was a servant of the landlord P. Engelhardt. From autumn 1828 to early 1831 Shevchenko went with his master in Vilno (now Vilnius), which gave him the chance to get the lessons from Jan Rustem (? - 1835), a professor of painting (Vilnius University). The same period Shevchenko entered the Petersburg Academy of Arts and became a student of Karl Bryullov, and other famous Russian artists. In his 24th year, Shevchenko's freedom was purchased for 2,500 rubles raised by a lottery of a painting of Basil Zhukovsky (Russian poet) by Karl Bryullov.

The creative work of Shevchenko, which was closely tied with the reality of that period and was based on the national-liberation movement, was basically connected with and directed into the future. It was an important stage in the development of realism and the folk element in art. Ukrainian artists refer to the artistic heritage of Shevchenko as the greatest and valuable national traditions.

Shevchenko's art heritage expressed the interests of Ukrainian people living in his own era. Shevchenko, affirmed critical realism as a new, progressive trend in Russian fine arts of that time. The ideas and themes of his works expressed the moods of the oppressed masses not only in Ukraine; they also expressed the aspirations and hopes of working people of different nationalities. Shevchenko strived to convey in his compositions the sacred aspirations and deeds of the Ukrainian people, to truthfully portray their everyday life and reproduce the images of their heroic past. In his letter to the editor of the magazine “The People's Reader”, Shevchenko had written: “The history of my life is a part of the history of my homeland”. These words are the key to understanding the creative work of Shevchenko the artist and poet.

The themes of Shevchenko works, depicting life in Ukraine at that time, were very diverse. Among them the watercolor composition of 1841, “Gypsy Fortune-Teller”, was awarded a silver medal by the Council of the Academy of Arts. These led to the still greater canvas, “Kateryna”, in which the acute social-exposing theme sounded out in full voice. The poem of the same name served as a basis for this painting. The theme of “Kateryna” was an actual one for that period. In it Shevchenko exposed the tragic fate of a Ukrainian serf girl, who was seduced and then abandoned and disgraced by a Russian officer. This painting was an important page in the history of Ukrainian art, a new word in the formation of the folk element and critical realism in art.

In the spring of 1843, after 14 years of separation from his homeland, Shevchenko visited his native Ukraine. In Ukraine under the influence of everything seen and

experienced, the idea of a periodical art edition entitled “Picturesque Ukraine” came to Shevchenko. And so, having arrived in St.Petersburg, he enthusiastically commenced this work. Shevchenko divided up the edition into three parts: Ukrainian landscapes, showing the beauty of the country or expressing its historical meaning, were included into the first part; the second part included scenes from the everyday life of that period; the third consisted of etchings, depicting the historical past of the Ukrainian people.

Shevchenko was the first among Ukrainian artists to set a task of great patriotic significance - that of acquainting the progressive people with the everyday life of the Ukrainian people, their past, as well as with the enchanting beauty of Ukrainian nature.

Tsopozidis Christos

TARAS SHEVCHENKO: EARLY YEARS

Kharkiv National Medical University, Social Sciences' department, Greece

Supervisor: Ph.D. Martynenko Nataliya

Taras Shevchenko, the son of serfs, was born on the estate of Baron Basil Engelhardt on March 9, 1814. He was one of six children in the family. Peasantry, burdened by the brutal and unjust system of serfdom was the environment that the young Taras and his siblings were raised.

In 1816 the Shevchenko family moved to the village of Kyrylivka (now Shevchenkove), where Taras spent his childhood years. Shevchenko's parents, Hryhorii and Kateryna, worked for Baron Engelhardt. From time to time his father worked as a chumak, hauling salt from southern Ukraine. He took Taras with him on these trips. During these trips, the young boy was able to see some of the world, even major centers such as Yelisavetgrad and Uman'. When Taras was nine, his mother died. His father remarried, but life was unbearable with his new stepmother. She had brought three children with her and favoured her own over the Shevchenko children. When Taras was eleven, his father died. At the age of eleven Taras became an orphan. It was usual for Ukrainian family that the elder children took care of the younger ones. Elder sister Katrusia was the mainstay and had quite an effect on her younger brother. He was upset, when she married and moved. Taras returned to her home a few years later after fleeing a brutal deacon for whom he worked. Grandfather Ivan also influence on the formation of young boy, because he often told stories of the struggles of the peasantry and Cossack rebellions. These stories probably became the basis for a poem “Haydamaky”. But the greatest influence on the boy's outlook affected the hard fact of peasant life. It is not surprising that later many of his poetries were devoted to the recurring themes of peoples' struggles against injustice and a vengeful hatred of those who oppressed people.

As a youngster, Taras stood out amongst his peers. He was inquisitive and adventurous, often wandering away to search out answers to his many questions. The boy was sent to study with a deacon to learn to read and write. He was one of twelve village boys studying, out of hundred children of that age.

Young Taras was already sketching and wanted to become an artist. He tried to find a teacher and after some attempts he had to return and spent some time as a shepherd, because it gave him the chance to sketch. Taras was at the age when he was expected to enter formal servitude. Taras had found a deacon who had agreed to teach him to be an artist, but had to obtain the written permission of his master. Paul Engelhardt refused and Taras was assigned to be a houseboy, performing various menial chores. At that time, the young boy had already learned that he could not pursue his dream openly. He began stealing prints and, with a stolen pencil, made copies of them which he hid from the view of his master.

In 1829 Taras travelled in his master's entourage: first of all to Kyiv, and then to Vilnius in Lithuania, the Engelhardt ancestral homeland. One evening the master and his wife went out to a ball. In their absence, Taras pulled out his materials and began sketching by candle light. He was so engrossed in this that he didn't hear the Engelhardts' return. There was a scandal, but finally, aware of his servant's behaviour, Paul Engelhardt relented and agreed to allow Taras to study with a professional artist, Jan Rustem, at Vilnius University.

Later, thanks to the exceptional talent Taras Shevchenko became a free person, but all his life he did his best using all his creativity for the liberation of Ukrainian peasantry from the serfdom system. Unfortunately, he had died before the Manifest of 1861, which proclaimed the formal independence of peasants in Russian empire.

Udoh A.E.

COMPARISON OF UKRAINE AND NIGERIA HEALTHCARE SYSTEMS

Kharkiv National Medical University, Department of Social Sciences

Scientific advisor: PhD, senior lecturer Al'kov V.A.

Healthcare system is one of the most valuable directions of state development because it maintains and provides appropriate living conditions for people. Ukraine and Nigeria have some problems in their extremely different systems. For better understanding of ones we need make a comparison.

Healthcare provision in Nigeria is a concurrent responsibility of the three tiers of government in the country. However, because Nigeria operates a mixed economy, private providers of health care have a visible role to play in health care delivery. The federal government's role is mostly limited to coordinating the affairs of the university teaching hospitals, Federal Medical Centres (tertiary health care) while the state government manages the various general hospitals (secondary health care) and the local government focus on dispensaries (primary health care). Deaths in Nigeria are mainly caused by infection. Even if Nigeria is not a poverty stricken, some major health care problems still exist such as poor regulation of pharmaceuticals (sub-standard drugs), geographic inequality of standard services and high migration of doctors. However, health care is still subsidized by government for everyone in public hospitals.

Health situation in Ukraine is not encouraging. According to the estimation of the World Health Organization (WHO) healthy life expectancy at birth in Ukraine remains low comparing to other European countries. The real problem is faced by Ukraine in the form of tuberculosis epidemics. The poor health of Ukrainians might be attributed to several factors, among which are deficiencies of healthcare system. Basically, the Ukrainian health care sector was rather intact since the collapse of the Soviet Union, while neighbouring countries were conducting various health care reforms. The poor health of Ukrainians might be attributed to several factors, including poverty, ecological environment, and deficiencies of health care system. Mass poverty (around 30 % of households) contributed to the spread of the HIV/AIDS. The main causes of death are diseases of the circulatory system followed by injury, and respiratory diseases. The tobacco and alcohol consumption is rather high in Ukraine, also contributing to low life expectancy. The Constitution of Ukraine states health care as being free of charge and being ensured through state funding of the relevant socio-economic, medical and sanitary, health improvement and prophylactic programs. At the current level of health care expenditure, the government fails in providing adequate level of the health care, what makes "free" health care be just a declared provision. According to the Ukrainian legislation, the Ministry of Health is responsible for 1) setting standards of health care provisions; 2) defining rules for accreditation of public and private health

establishments;3) licensing health professionals and pharmaceutical producers and distributors; 4) determining the list of pharmaceuticals, which are allowed for being purchased by public health establishments. The structure of health care services provided in Ukraine does not correspond to the WHO standards. The ratio of primary health care units and number of general practitioners in Ukraine is lower than European average.

Ukraine and Nigeria both have to make structural reformations to their health care system because they both are not up to WHO standards. More funds have to be injected into the system and adequate management and control system because the health care system lacks insufficient funds and effective management and that's why individuals receive low quality service. Ukraine, in our opinion, needs decentralization of health care system as it is practiced in Nigeria. Also, preventive measures should also be utilized such as vaccination and immunization because as we all know "Prevention is better than cure".

Абрикосова А.С.

**ЛЕГЕНДА СВІТОВОЇ НАУКИ. ДО 100-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ М.
АМОСОВА (1913–2002)**

**Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник к.і.н. Демочко Г.Л.**

Ім'я Миколи Михайловича Амосова – видатного українського вченого ХХ ст. у галузі медицини і біокібернетики, академіка НАН і АМН України, засновника і першого директора Київського науково-дослідного інституту серцево-судинної хірургії, відомого громадського діяча, стало для багатьох поколінь сучасників символом безкомпромісної чесності й самовіддачі в науці, в обстоюванні своєї громадянської позиції, постійної готовності відгукуватися на потреби часу. Його життя і вчинки, позбавлені будь-якого розрахунку чи марносластва, були єдино спрямовані на вдосконалення своїх можливостей за для порятунку інших.

М. Амосов став одним з ініціаторів широкого впровадження в країні хірургічного лікування при захворюваннях легень, розробив і впровадив у практику оригінальні методики часткового та повного видалення легені. У 1961 р. праці М. Амосова з легеневої хірургії було відзначено Ленінською премією. Особливе значення для вітчизняної медицини, для долі нації має «амосівський прорив» у хірургії вад серця у дітей і дорослих (середина 1950-х рр.). Він розробив власний проект – апарат штучного кровообігу (АШК) «серце–легені». У 1963 р. М. Амосов першим у країні виконав протезування мітрального клапана, а у 1965 – створив і вперше у світі запровадив на практиці антитромботичні протези серцевих клапанів. Загалом у клініці видатного кардіохірурга виконано понад 95 тис. операцій із приводу хвороб серця. Згодом клініку серцевої хірургії, якою керував Амосов, реорганізували в Київський науково-дослідний інститут серцево-судинної хірургії, який він очолив, а в 1988-му став його почесним директором. М. Амосов віддав справі хірургії 53 роки.

Монографія М. Амосова «Регуляция жизненных функций и кибернетика» (1964) поклала початок його працям із математичного моделювання фізіологічних органів і систем. Вчений запропонував механізми переробки інформації мозком людини. Микола Амосов був також визначним теоретиком медицини, філософом, соціологом. Унікальна праця «Энциклопедия Амосова: алгоритм здоровья, человек и общество» (2003) та книга «Світгляд» (2002) – це, по суті, прощальне довірче напуття нашого видатного співвітчизника.

Загальновідомо, що вчений був прихильником здорового способу життя, розробив цілу систему фізичних навантажень, яких сам суворо дотримувався. Навіть після

операції на серці, у віці 84 років, проводив на собі експеримент з подолання старості. Завдяки такому енергійному способу життя та небажанню визнавати перемогу тіла над духом Амосов дожив до 89 років. Пішов із життя Микола Михайлович 12 грудня 2002 р.

Феномен М. Амосова – це рідкісне явище вченого і громадського діяча, чий судження ставали не лише інтелектуальним надбанням свого часу, а й духовним даром, чітко спрямованим у прийдешні роки. Кожен з його виступів був предметом зацікавлених, нерідко бурхливих дискусій. Як лікар, учений М. Амосов був, мабуть, абсолют. Микола Михайлович – автор понад 400 наукових праць (із них 19 – монографій).

З метою вшанування пам'яті вченого НАН України заснувала премію імені М. М. Амосова (2003), яку присуджують за видатні досягнення в галузі біокибернетики, теоретичної медицини, трансплантології і кардіології. Ім'ям М. Амосова названо малу планету 2948 Сонячної системи (1984) та одну з вулиць у Києві (2003).

100-річчя від дня народження М. Амосова святкувалося у 2013 р. за участю ЮНЕСКО. В Україні 2013 р. оголошено Роком Миколи Амосова в галузі медицини з відзначенням 100-річного ювілею видатного лікаря і вченого на державному рівні.

Анікіна Ю.В.

ЛІКАР – НЕ ПРОФЕСІЯ, ЛІКАР – ЦЕ ПОКЛИКАННЯ ДО 100-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ А. ПЕЛЕЩУКА (1913–2010 РР.)

**Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник к.і.н. Демочко Г.Л.**

Патріарх вітчизняної внутрішньої медицини, один із фундаторів київської терапевтичної школи другої половини ХХ ст. Анатолій Петрович Пелешук не тільки своїм талантом збагатив медичну науку, а й став вихователем цілого покоління видатних медиків сучасності.

Народився Анатолій Петрович у Києві, в сім'ї службовця Петра Опанасовича та вчительки Оксани Григорівни. Окрім нього в родині було ще два брати та найстарша сестра – прийомна дочка подружжя Пелешуків.

У 1929 р., у часи жорсткого наступу на національно-демократичний рух, Пелешук закінчив професійну школу. Батько, виснажений хворобою, перейшов на інвалідність. Матеріальне становище родини ставало дедалі скрутнішим. Юнак віддав перевагу медицині – сподівався в подальшому допомогти хворому батькові. А. Пелешук тимчасово влаштувався чорноробом на тютюнову фабрику. Працюючи на виробництві, у 1930 р. вступив на вечірнє відділення робітфаку Київського медичного інституту, який закінчив через рік. Відразу був зарахований до цього ж інституту на лікувально-профілактичний факультет. У 1936 р. з відзнакою закінчив інститут і невдовзі вступив до аспірантури – на кафедру факультетської терапії 2-го Київського медичного інституту.

В 1962 р. А. Пелешук був обраний на посаду завідувача кафедри госпітальної терапії № 2 Київського медичного інституту, тісно співпрацював із професором 1-го Московського медичного інституту академіком Є. Тарєєвим. У ці роки Анатолій Петрович створив свою школу. Серед його учнів – кілька тисяч лікарів, 6 докторів та 32 кандидати медичних наук. Академік Л. Пиріг, професори П. Боднар, А. Свінціцький та багато інших корифеїв медичної науки сформували власні наукові погляди саме під впливом свого керівника та наставника.

Сфера наукових інтересів видатного медика була надзвичайно різноманітною. Він не тільки розвинув такі традиційні для київської терапевтичної школи напрями медичної науки, як клінічна фізіологія та фармакологія органів травлення, клініка і лікування найпоширеніших захворювань травної системи, онкологічних,

ревматологічних, алергологічних захворювань, а й сформулював концепцію функціональних захворювань органів травлення, вивчав вікові аспекти гастроентерологічних захворювань.

Науково-педагогічний досвід А. Пелешука узагальнено в понад 350 наукових працях, із них – понад 20 монографій та підручників. Кафедри, на яких він працював, завжди були школами передового досвіду, базами факультету підвищення кваліфікації лікарів, викладачів медичних ВНЗ.

Понад 30 років очолював А. Пелешук Київське міське товариство терапевтів, був членом правління українських наукових товариств терапевтів і нефрологів, членом редколегій багатьох медичних журналів, часто виступав із публіцистичними статтями в пресі. Наша держава неодноразово відзначала Анатолія Петровича за видатні наукові досягнення. Він – заслужений діяч науки УРСР (1971), лауреат Державної премії УРСР (1980), премій імені М.Д. Стражеска (1992) та Ф. Г. Яновського (1997) НАН України, мав численні медалі, ордени – «Знак Пошани», Вітчизняної війни II ступеня, Богдана Хмельницького.

До професора А. Пелешука особливо тягнулися люди, яких приваблювала висока культура, ерудованість лікаря. Анатолій Петрович володів кількома європейськими мовами, чудово знав українську, російську та світову літературу, історію.

Помер Анатолій Петрович 2010 р. у віці 97 років. Його ім'я назавжди увійшло в історію медицини, в серця пацієнтів, вдячних вихованців, колег, яким випав неповторний шанс долучитися до генія видатного ученого-гуманіста.

Багиров Н.В.

АНАЛИЗ РУССКОЙ ФИЛОСОФИИ В СИСТЕМЕ ХРИСТИАНСКИХ ЦЕННОСТЕЙ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра философии

В русской философии стремление к цельному познанию мира и острое чувство реальности тесно сочетаются с верой во всё многообразие опыта как чувственного, так и более утонченного, дающего возможность глубже проникнуть в строение бытия. Русские философы доверяют интеллектуальной интуиции, нравственному и эстетическому опытам, раскрывающим нам высочайшие ценности, но прежде всего они доверяют мистическому религиозному опыту, который устанавливает связь человека с богом и его царством.

Главная задача философии заключается в том, чтобы разработать теорию о мире как едином целом, которая бы опиралась на всё многообразие опыта. Религиозный опыт даёт нам наиболее важные данные для решения этой задачи. Только благодаря ему мы можем придать нашему мирозерцанию окончательную завершенность и раскрыть сокровеннейший смысл вселенского существования. Философия, принимающая во внимание этот опыт, неизбежно становится религиозной. Только христианство отличается высочайшими и наиболее завершенными достижениями в области религиозного опыта. Все это даёт основание полагать, что любая философская система, поставившая перед собой великие задачи познания сокровенной сущности бытия, должна руководствоваться принципами христианства. Ряд русских мыслителей посвятил свою жизнь разработке всеобъемлющего христианского мировоззрения. В этом состоит наиболее характерная черта русской философии. Одни мыслители, как Соловьев, Флоренский, Булгаков, отличались широкой эрудицией; другие – выдающимся литературным даром. То, что всё развитие русской философии нацелено на истолкование мира в духе христианства, говорит о многом: русская философия, несомненно, окажет большое влияние на судьбы всей цивилизации.

Христианские системы мыслителей являются, несомненно, реалистическими. В своём учении о таинстве, искуплении, милости, обожествлении и церкви русские православные философы выступали против одностороннего морализма и субъективизма. Они отводили самое видное место онтологическим сочетаниям и изменениям в личной и вселенской жизни, ведущей к изменениям в нравственности и психике. Они утверждали, что конкретное бытие составляет основу действительности, что мир является органическим целым. В своём учении о божестве и его связи с миром русские философы полагались не столько на выводы, сколько на жизненный опыт "личного общения с Богом". Поразительно яркие описания мистического опыта можно найти у Соловьёва, кн. Е. Трубецкого, отца Павла Флоренского и отца Сергия Булгакова.

Многие религиозные философы занимаются главным образом космологическими вопросами, и их христианство как целое приобретает космологический характер. Это особенно ясно видно на примере софиологии-учения, чрезвычайно характерного для русской религиозной философии. Интерес к софиологии сочетался с интересом к сверхчеловеческим духовным существам. Первым представителем софиологии был Владимир Соловьёв. Своё дальнейшее развитие софиология получила в работах отца Павла Флоренского, отца Сергия Булгакова и отца Василия Зеньковского. Софиология, однако, встретила решительное сопротивление со стороны Московского синода и отца Георгия Флоровского, В. Лосского и др. Тем не менее в видоизменённой форме, не противоречащей догматам православной церкви, она, несомненно, сыграет значительную роль в дальнейшем развитии религиозной философии.

Многие русские философы интересуются вопросом о сущности исторического процесса. Они подвергают критике позитивистские теории и указывают на невозможность осуществления совершенного общественного строя в условиях земного существования. Всякий общественный строй осуществляет лишь частичные улучшения и в то же время содержит новые недостатки и возможности для злоупотреблений. Печальный опыт истории показывает, что весь исторический процесс сводится лишь к подготовке человечества к переходу от истории к метаистории, т.е. "грядущей жизни" в царстве Божиим.

Те, кто не питает симпатии к метафизике и религии, заявляют, что в русской истории не было периода, подобного периоду средневековой схоластики, когда вся умственная энергия людей была сосредоточена на разработке системы христианской философии. Они полагают, что в конце XIX и начале XX в. Русское общество впервые вступило в ту фазу духовного развития, через которую Европа прошла ещё в средние века. Поэтому они считают, что русское общество запоздало в своём развитии. Эти люди не учитывают тот факт, что культура развивается не по прямой восходящей линии, а по спирали. Верхняя часть спирали содержит процессы, параллельные и подобные процессам, происходящим в низшей её части, но вследствие влияния предшествовавшего развития – более совершенные. Русская философия содержит много ценных идей не только в области религии, но и в области гносеологии, метафизики и этики. Основные проблемы, по моему мнению, которые рассматриваются в отечественной философии – это проблемы нравственности, совести, счастья, смысла жизни.

Интерес к истории отечественной мысли пробудился в России ещё в первой половине XIX века. Устойчивым и все более нарастающим он становится с конца XIX – начала XX веков. Все сколько-нибудь крупные представители русской философии XX века были вместе с тем и ее историками. В целом это отражает высокую степень зрелости отечественной мысли, внутреннюю потребность философов в рефлексии, в «оглядке» на свои собственные национально-исторические традиции и идейные корни. В русской философии влияние православия оказывает решающую роль. Она

глубинным образом связана с ним как корневым основанием русской культуры. Только благодаря ему, мы можем придать нашему мирозерцанию окончательную завершенность и раскрыть сокровеннейший смысл вселенского существования. Философия, принимающая во внимание этот опыт, неизбежно становится религиозной.

Дальнейшие исследования философского дореволюционного наследия, будем надеяться, позволит прояснить и некоторые сложные проблемы нынешнего социального развития, будет способствовать духовному возрождению современной России. Русская философия является прогрессивным достижением и способна дать новый толчок развитию западной мысли.

Бараник А.В.

РЕЦЕПТИ ТА ТРАДИЦІЇ КОЗАЦЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Науковий керівник к.і.н. Демочко Г.Л.

Сьогодні традиції козацької медицини майже забуті. А за часів Січі вона була засобом підтримки не лише фізичного, а й духовного здоров'я козаків, пов'язуючи наших предків із навколишнім середовищем. Рецепти та традиції, що склали основу козацької медицини, були обумовлені світоглядом і способом життя козаків. Звичайно, значну частину з них сьогодні дехто сприйматиме як забобони, але серед набору «медичних переконань» козацтва трапляються дуже цікаві речі, які частково можна застосовувати й сьогодні. Козаки вставали до сходу сонця, ходили босоніж по росяній траві споришу, кульбаби та конюшини, а напуваючи коней, занурювали ноги в воду. Це надавало їм першу дозу бадьорості. Гарт для козаків був органічною й невід'ємною частиною повсякденного життя. Тому, спочиваючи горілиць просто на землі, у густій траві, вони не боялися застудитися, а навпаки, заряджалися енергією трав, властивості яких добре знали. Образ козака складно уявити без люльки. Таким змальовує його фольклор. І жителі Січі справді були небайдужими до куріння. Проте легеневі захворювання серед козаків були дуже рідкісними, адже, по-перше, вони ніколи не курили в хаті, у курені та навіть у землянці. Але головна таємниця крилася в суміші трав, якою заправляли люльки: полин, деревій, чебрець, будяк, сухе листя валеріани, м'ята, борщівник. Чистий турецький тютюн був на той час вельми дорогим, та й з'явився він в Україні лише у середині XVI століття. Оскільки тютюн був дефіцитом, то, як правило, він був лише додатком до суміші трав, які традиційно курили козаки і які мали лікарські властивості: заспокоювали нервову систему, знижували кров'яний тиск, поліпшували апетит і сон, позитивно впливали на дихальну систему, а гарячий дим від куріння цілюще впливав на слизові оболонки бронхів і верхніх дихальних шляхів. Тому запорозькі вояки майже не хворіли на астму, бронхіти, трахеїти. Звичними речами для козацького раціону були гарбузове насіння та «жуйка». Сире підсушене насіння, багате на цинк та мідь, служило очисником організму. А жуйки були, так би мовити, природними – бджолиний віск із стільниковим медом, клеї з патьоків вишні, черемхи, терену, горобини, диких груш і яблунь. Таким чином не знали січовики ні карієсу, ні інших хвороб зубів та ясен. Серед козацьких «напоїв» чи не найпоширенішим був узвар. Настояючи його в горщиках або казанках на гілочках верби та інших дерев, чагарників (тополі, дуба, липи, калини, осики), степових трав, козаки заготовували настоянку в попіл згасаючого вогнища. Узвар не закипав, а ніби впрівав у гарячому попелі, а тому зберігав вітаміни та сполуки мікроелементів. Узвари діяли передусім запобіжно – попереджували захворювання, знімали втому та загальний стрес. Пластунська військова наука була

особливою. Для такої служби, окрім бездоганної фізичної форми, необхідна була витримка та ясний розум. Найперше правило пластуна було таким: ніколи не пити сиру воду в незнайомих місцях. Пили вони окріп, добряче витриманий у казанах над вогнищем. До нього додавали лепеху, деревій, звіробій, полин. Усі ці трави справляють антимікробну дію. Такою водою наповнювали пластуни баклажки, які брали в розвідку. Коли ж доводилося пити застоюну, болотяну воду, то перед тим пластуни ковтали жменьку вугілля, взятого з багаття. Коли ж усе-таки з'являлися біль та судоми, вояки лягали на полин чи конотоп (спориш і червона конюшина) і лежали деякий час нерухомо. Тоді біль ущухав. Багато козаків, а пластуни – усі й завжди, носили з собою капшук (гаман, кисет), де зберігався порошок із сухих трав: полину, материнки, оману, кіндзи, тархуну. Його додавали до їжі або вживали окремо. Окрім цілющого трав'яного порошку, пластуни носили з собою попіл. Ним обробляли свіжі рани, аби ті швидше гоїлися, потім перев'язували їх сорочкою, а замість вати використовували пух очерету та куги. Але, здається, коли щоранку зустрічати сонце не сном, а наповнюватися його енергією, збираючи босими ногами вранішню росу, то будь-яка медицина – зайва. Саме в цьому криється беззаперечна мудрість наших славних предків.

Бондаренко Є.Р.

ЄВРОМАЙДАН – НОВІТНЯ ІСТОРІЯ НАШОЇ ДЕРЖАВИ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Науковий керівник к.і.н. Демочко Г.Л.

Усі ми, коли починали вивчати історію, читали про світові революції і задавали собі питання: «А щоб зробив я?». Починалося активне обговорення серед однолітків, разом із вчителями, батьками. Кожен займав свою позицію, планував новий перебіг подій – так ми ніби ставали героями тих часів.

На словах усі ми з герої, а на ділі себе показати можуть не усі. Саме зараз ми можемо спробувати стати героями нашої держави, знову розробити план дій, не залежно від того, яку сторону ми займаємо. Питання: Хто якщо не ми? Хто якщо не зараз? Давайте спробуємо задуматись над цими словами.

Чому зараз багато хто із нас хоче щоб уся ситуація вирішилася без його участі? Чому усі ми гадаємо, що прийде хтось і наведе в усьому лад без нас? Давайте згадаємо із чого усе почалося. 22 листопада 2013 року, після того, як президент України В. Янукович припинив підготовку України до підписання інтеграції із Євросоюзом, на Майдані у Києві та деяких обласних центрах стартувала мирна акція протесту. Акція проходила тиждень, та збирала до сотні тисяч людей на майдані. 29 листопада 2013 року – інтеграція із ЄС не підписана. До ночі 29-30 листопада – це був просто мирний тиск на владу з метою підписання угоди про асоціацію з ЄС. О 4-й ранку працівники спецпідрозділу «Беркут» жорстоко розганяють мирну (в більшості студентську) демонстрацію на Майдані Незалежності, та не просто розганяють, а й женуть вулицями Києва (деяких аж до Львівської площі і Бесарабки). Тих, хто повільно бігає, лупцюють ногами і "демократизаторами". 35 людей постраждало, 7 госпіталізовано із тяжкими травмами. Більша частина змогла сховатися у Михайлівському монастирі (як, в принципі, за традиціями у нашій державі). Надалі – мітинги з метою покарання тих, хто застосував силу проти учасників мирної акції. Люди виганяють охорону із майдану, займають максимально усі площі. В цей же час опозиція починає закликати до повалення режиму Януковича. Провокація на вул. Банковій під Адміністрацією Президента ще більше напружує ситуацію.

Після цих подій Євромайдан можна починати називати «Новою Європейською революцією на Україні». Далі такі масштабні акції протесту починають поширюватися по всій країні. Активно приймає участь Західна частина України, Схід трохи менше, але теж долучається. Люди починають виходити не за ЄС, вони виходять відстоювати свої власні права як людини, відстоювати свободу невинних яких незаконно затримали. Ми на власні очі можемо бачити єднання народу, де кожен йде до спільної мети. Але мені здається, що наша влада прораховується у своїх подальших діях, що робить єднання народу ще більшим.

Усі ми пам'ятаємо заклики влади, про типу заборону усім виходити на акції протесту, бо треба працювати, однак влада починає активно звозити держпрацівників (погрожуючи звільненням) у Київ на акцію проти Майдану. Акція триває 5 годин і усе. За цей час можна встигнути побачити дітей із Одеського інтернату, які змерзли і прийшли на територію «Євромайдану» випити чаю, та їм там ще й багато теплих речей дали. Про такі випадки можна ще багато чого писати, і все це обговорювати. Але тут уже видно, ми не маємо бути байдужими до того що відбувається у нашій державі, якщо ми хочемо змін, ми маємо об'єднуватися заради спільної мети. Бо зміни не прийдуть миттєво, їх треба добиватися. Я хочу, щоб мої діти, і діти моїх друзів, знайомих жили у чесній та розвиненій державі, де розумно розподіляють бюджет, розвивається наука, і ми гідно можемо називати себе Українцями.

Останні події ведуть до цього, я не знаю як у інших містах, але у Києві на майдані ти починаєш бачити нову Країну, вона тільки народжується і як маленька дитина потрохи вчиться. Але вона вже наповнена любові, організованості, злагодженості. Вона наповнена людьми які не байдужі до тебе, люблять порядок і завжди готові стояти один за одного і миттєво прийти на допомогу.

Гапонова Е.О.

РОЗРОБКА ДОРОЖНЬОЇ КАРТИ ЗАГАЛЬНО-РИНКОВОГО ПІДХОДУ ДО ФОРМУВАННЯ ПАКЕТУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Насамперед, слід окреслити поняття загального ринкового підходу. Загальний ринковий підхід передбачає заходи коли державний та некомерційний сектор фінансують медичні послуги, що надаються бідним, соціально та економічно-уразливим категоріям населення і в одночас підтримують сталу модель комерційного забезпечення медичних послуг на вільному ринку для споживачів, котрі фінансово спроможні платити.

Модель загального ринкового підходу передбачає поперше розширення ринку медичних послуг в цілому, для того щоб створювати нових користувачів і підвищити рівень використання різних медичних послуг серед цільових груп; а також створення сегментованого на однорідні групи ринку медичних послуг з подібними потребами і характеристиками цих послуг, крім того використання переваг кожного сектору медичних послуг (комерційний, соціальний маркетинг, громадські, неурядові організації тощо) для досягнення максимальної ефективності роботи і дозволяючи кожному сектору направити свої ресурси на ті верстви населення, хто найбільш цього потребує.

В період реформування економіки та системи охорони здоров'я існують проблемні аспекти ринку загального підходу, а саме: програми соціального маркетингу, що були розроблені з урахуванням загального ринкового підходу до формування медичних послуг повинні бути спрямовані на моніторинг діяльності системи охорони здоров'я, зокрема, використання лікувальних засобів і послуг,

забезпечення рівноправного доступу до цих продуктів і медичних послуг, а також сегментації за готовністю і здатністю платити. Замість того, щоб моніторити продуктивність і внесок соціального маркетингу у діяльність ринку медичних послуг в цілому, багато менеджерів продовжують покладатися на обсяги попиту медичних послуг в якості основної міри ефективності формування ринку медичних послуг. Окремим розділом в розробці загального ринкового підходу до реформування системи охорони здоров'я та загально-ринкового підходу до надання медичних послуг є соціальний маркетинг. Соціальний маркетинг в медицині передбачає планування і впровадження окремих заходів та програм направлених на здійснення соціальних змін для поліпшення надання медичних послуг з урахуванням потреб і можливостей різних груп населення. Такі заходи передбачають окрім медичних заходів попередження і профілактики захворювань, ще й інформаційні заходи направлені на забезпечення травматизації при використанні транспортних засобів, інформування населення щодо впливу на стан здоров'я і тривалість життя шкідливих звичок, інформування щодо профілактичних заходів серцево-судинних захворювань, вакцинації для попередження інфекційних захворювань, безпечної сексуальної поведінки з метою попередження інфекційних захворювань що передаються статевим шляхом та збереження репродуктивного здоров'я. Соціальний маркетинг базується на маркетингових концепціях: кінцевою метою маркетингу є вплив на стан здоров'я, дії і поведінку населення. Дії здійснюються кожного разу, коли з'ясовується, що користувачі медичними послугами вважають що переваги, щодо отримання медичних послуг більше за витрати які вони несуть. Вагомим фактором є розуміння і власне сприйняття цільовою аудиторією споживачів медичних послуг запропонованого обміну. Цільова аудиторія повинна бути розділена на сегменти: рекомендована поведінка завжди має конкуренцію, яка повинна бути зрозуміла і прозора. Ринок медичних послуг постійно змінюється і тому ефект щодо вжитих заходів реформування повинен бути на постійному контролі. Необхідно чітко визначити показники загального ринку медичних послуг: розмір ринку, ринкова ціна, доступність на ринку, сталий розвиток ринку.

Розмір ринку - кількість різних видів медичних послуг, одиниць медичних препаратів, що були надані або продані, кількість користувачів. Ринкова ціна – вартість медичних послуг, можливість різних груп населення платити за медичні послуги, покриття частини вартості медичних послуг державою, страхівка. Доступність на ринку – відсоток споживачів медичних послуг, які знають де отримати їх і вважають що відстань до місця отримання медичних послуг не є перешкодою для їх отримання. Сталий розвиток ринку – лідери ринку медичних послуг, частка ринку, кількість і частка окремих високоспеціалізованих послуг на ринку, кількість джерел отримання медичних послуг [2,с.407-411]. Загальний ринок медичних послуг має основну мету – зрозуміти можливості та готовність населення до загального ринку медичних послуг, залучення партнерів до планування загального ринку медичних послуг, інформування щодо концепції реформування охорони здоров'я зацікавленим сторонам, досягнення цієї мети можливо за умови визначення об'єктивної потреби у різних видах медичних послуг, оцінки впливу зацікавлених сторін, визначення прихильників і опонентів, з'ясування думки про загальний ринок медичних послуг у різних верств населення і про заходи реформування охорони здоров'я, розроблення державної стратегії щодо доступності та якості надання медичної допомоги всім соціальним групам населення України.

В період реформування економіки загальноринкові підходи до формування пакету медичних послуг дають можливість підтримувати координаційні механізми державно-приватного співробітництва для забезпечення потреб всіх верств населення.

Гімадєєва К. В.
АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК СПОСІБ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
АУТИЧНИХ ДІТЕЙ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник: Троценко А. В.

Арт-терапія – це (від англ. Art - мистецтво; therapy - терапія, лікування) - це вид психотерапії та психологічної корекції, заснований на мистецтві та творчості.

Спирається на ідею Фрейда про те, що внутрішнє "Я" може бути виражене у візуальній формі за допомогою спонтанного малювання, ліплення і живопису. Для арт-терапії істотною роль відіграють як теорія Фрейда несвідомого, так і думки Юнга про персональні і універсальні символи. Арт-терапія застосовується як в рамках психотерапії, так і окремо.

Основна мета арт-терапії полягає в гармонізації розвитку особистості через розвиток здатності самовираження і самопізнання. Цінність застосування мистецтва в терапевтичних цілях полягає в тому, що з його допомогою можна на символічному рівні висловити і досліджувати самі різні почуття. Методика арт-терапії базується на переконанні, що внутрішнє "Я" людини відбивається в зорових образах щоразу, коли він малює, пише картину або ліпить скульптуру.

Висловлюючи накопичені переживання через творчість, пацієнт відразу може відчувати полегшення. Це перший крок - вираження власних емоцій у процесі створення художнього образу. Крок другий : пацієнт прямо на малюнку змінює ситуацію таким чином, щоб вона стала прийнятною для нього. Міняючи малюнок, він одночасно змінює і своє внутрішнє уявлення. Важливо, щоб пацієнт сам намалював свою проблему і сам знайшов рішення.

Арт-терапія ефективна при роботі з усіма віковими групами. Актуальна арт-терапія в психології, адже всі люди стикаються з проблемою міжособистісних відносин. Арт-терапія успішно використовується для соціальної адаптації інвалідів до життя в суспільстві, надаючи їм нові можливості для спілкування. При цьому, щоб висловити свої думки, їм абсолютно не обов'язково вдаватися до вербального спілкування.

Арт-терапія - це один найбільш ефективних методів терапії аутичних дітей. Вона допомагає розвивати комунікативні навички та формувати терапевтичні відносини. Арт-терапія при аутизмі дозволяє проникнути вглиб внутрішнього світу такої особливого дитини, заглянути у внутрішнє середовище аутиста і спробувати зрозуміти, що він думає, що відбувається в його «голові». Образотворча діяльність сприяє зниженню емоційної напруги та створенню у аутиста відчуття більшого комфорту. Знижується тривожність, і дитина стає більш відкритим, більш розкритим для контакту з фахівцем. За допомогою образотворчої діяльності особлива дитина може розповісти нам про себе, свої страхи та переживання. У загальному значенні, арт-терапія при аутизмі надає дію на фундаментальному рівні, допомагаючи розвивати як комунікацію дитини, так і його уяву.

У результаті застосування комплексу методик арт-терапії, спостерігаються позитивні зміни. Зокрема: встановлення контакту, більш довірчі відносини аутиста з іншими дітьми, поліпшення поведінки, розширення і зміцнення діапазону способів взаємодії з предметами. Крім того, лікування дитячого аутизму творчістю допомагає зменшити стереотипії і використання схем в малюванні, розвинути дрібну моторику і координацію рук.

Гончаренко М. Н.
НЕОНАЦИЗМ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общественных наук
Научный руководитель: доцент Глебова Л.И.

Работа посвящена исследованию причин и исторических предпосылок к формированию в современном обществе молодежных неонацистских организаций. Актуальность изучения распространения национал-социалистической идеологии, как в виде политической системы, так и в виде социальной практики, обусловлена тем, что подобные идеологические течения на сегодняшний день прочно вошли в общественную жизнь не только на уровне отдельных обособленных организаций, а и на уровне молодежной субкультуры. Действуя агрессивно и публично, неонацистские организации широко пропагандируют свою идеологию среди молодежи, используя современные технологии и привлекая средства массовой информации (СМИ).

По данным социологии в Украине существует более 10 отдельных ультраправых неонацистских группировок, среди которых наиболее широко представлено молодежное националистическое движения «скинхедов», создавшее вокруг себя целую скин-индустрию.

Основными причинами распространения молодежных ультраправых движений является снижение уровня духовности, идеологическое оскудение, отсутствие четких целей, развенчание большего числа идеалов и примеров для подражания, насаждение культа силы и денег, моральной вседозволенности, отсутствие жестких сдерживающих рамок в поведении, пропаганда насилия и жестокости в СМИ. Одной из ведущих причин следует рассматривать существование различных крайне правых партий и организаций, которые в процессе своего развития провоцируют неонацистские настроения в обществе.

Данилюк Ю.С.
МІЖНАРОДНИЙ РУХ "ЛІКАРІ СВІТУ ЗА ВІДВЕРНЕННЯ ЯДЕРНОЇ ВІЙНИ"
Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник к.і.н. Демочко Г.Л

З усіх завдань, які стоять нині перед людством, немає і не може бути завдання, важливішого, ніж запобігти небезпеці ядерної війни. Завдання це, цілком природне, особливо близьке медикам, чийм обов'язком і професійним покликанням є збереження життя й зміцнення всіма можливими засобами здоров'я людей. Небезпека знищення життя на Землі стала сьогодні не гіпотетичною, а цілком реальною.

У серпні 1945 р. на японські міста Хіросіму й Нагасакі американська авіація вперше застосувала в історії людства атомну зброю. В радіусі 500 м від вибуху загинуло все живе, понад 300 000 чоловік стали першими жертвами бомбардування. Багато опромінених захворіли на рак, лейкемію. Ураження мало й генетичні наслідки: діти народжувались іноді каліками, зі стронцієм у кістках, багато з них рано померли. Через десять років після цієї страшної трагедії в Хіросімі відбулася перша всесвітня конференція про заборону атомної і водневої зброї. У перших лавах борців за мир і ядерне роззброєння, проти ядерної війни йдуть медики, об'єднані у міжнародну організацію «Лікарі миру за відвернення ядерної війни». Ініціаторами цього руху були американський професор-кардіолог Б. Лаун і радянський академік-кардіолог Є.І. Чазов. Вони ж стали співголовами організації. Ця організація виникла в 1980 році у Франції в результаті відокремлення від іншої знаменитої міжнародної організації

«Лікарі без кордонів». Міжнародний день "Лікарі світу за мир" в деякому розумінні символічний і служить для нагадування про цю людську трагедію, про роль лікарів в боротьбі за мир і запобіганні війні в цілому.

Демочко Г.Л.

РОЗВИТОК МЕДИЧНОГО КРАЄЗНАВСТВА У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Впродовж XX століття на Україні відбулася інституалізація національного краєзнавства, яке сьогодні посіло відповідне місце в історичній науці. На жаль, національне краєзнавство за час свого становлення оминуло таку важливу галузь як медичне краєзнавство. Серед історичного, географічного, освітнього, економічного та інших галузей воно так і не знайшло свого відображення, хоча певні дослідження в цьому сенсі проводилися. Серед засадничих робіт слід згадати студії одного з видатних українських краєзнавців – Валентина Дмитровича Отамановського, завідувача кафедри латинської мови ХМІ у 1958 – 1964 рр., який в своїх історичних розвідках багато уваги приділяв розвитку історії медицини на Україні, заклавши тим самим методологічні основи вивчення історії медицини. І хоча роботи В. Отамановського не стосуються Харківщини, та вони містять неоціненний методологічний матеріал. На жаль, передчасна смерть вченого завадила виданню останньої роботи з історії медицини, рукопис якої вже був готовий до видання, але його розшуки досі не мають успіхів.

Роботи інших авторів за радянської доби не відрізнялися глибокими підходами та застосуванням історичних методів при вивченні медичного краєзнавства. По суті, такі розвідки більше нагадували збірки статистичних даних, які оброблялися та слугували одній єдиній меті – показати прогрес у розвитку медицини та охорони здоров'я в радянські часи.

Доба незалежності України з усіма її подальшими змінами позитивно вплинула на розвиток не тільки історичної науки, а й національного краєзнавства. Воно перетворилося на потужний розгалужений рух, керований Національною спілкою краєзнавців України. Та на превеликий жаль, і зараз історики оминають цю важливу складову, побоюючись, що медичне краєзнавство – занадто не підйомне каміння, яке не варто й рушити з місця. Серед українських науковців лише декілька осіб займаються медичним краєзнавством, а саме його історичним аспектом.

Що ж до медичного краєзнавства на теренах Харківщини, то варто відзначити, що в останні роки ця тематика плідно розробляється на кафедрі суспільних наук Харківського національного медичного університету. Співробітники кафедри вже можуть похвалитися певним доробком. Серед робіт дослідників, які займаються медико-краєзнавчою тематикою, можна виділити фундаментальні монографії з історії розвитку охорони здоров'я у Харкові І.Ю. Робака та Г.Л. Демочко. Вихід у світ цих монографій дозволив заповнити прогалини в історії охорони здоров'я у Харкові до початку Другої світової війни.

Також авторка займається визначенням місця медичного краєзнавства у структурі національного краєзнавства та відведенням йому чільного місця. Адже повноцінне краєзнавче дослідження будь-якого регіону неможливе без відображення розвитку та сучасного стану медицини краю.

Демочко А.Л., Гирик Я.О.
ИМЯ В ХАРЬКОВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ – А.А. ШАЛИМОВ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общественных наук

А.А. Шалимов переехал в Харьков в 1957 году. Не смотря на то, что город был большим университетским центром, многие разделы так называемой “большой хирургии” к тому времени еще не получили здесь достаточного развития. Появление в Харькове А.А. Шалимова дало толчок к развитию самой современной хирургии. На базе областной больницы впервые был открыт отдел анестезиологии во главе с доцентом Н.И. Оболенцевым, что дало возможность А.А. Шалимову широко проводить операции на легких, пищеводе, сердце, поджелудочной железе и др. Именно в Харькове по настоящему раскрывается талант Александра Алексеевича как ученого, клинициста, экспериментатора, организатора и педагога.

В мае 1965 г. Харьковский НИИ неотложной хирургии и переливания крови реорганизуется в Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии, а профессора А.А. Шалимова назначают директором. Начинается настоящий взлет А.А. Шалимова. В институте созданы отделения хирургии пищеводно-желудочно-кишечного тракта; хирургии печени, внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы; хирургии сердца и сосудов. Дальнейшее развитие получает хирургия сердца, особенно митрального стеноза, разрабатываются новые инструменты (дилататор), а для развития этого сложного раздела хирургии совместно с харьковскими заводами разрабатывается оригинальный аппарат искусственного кровообращения с минимальным повреждением форменных элементов крови. Широким фронтом внедряются операции на артериальных сосудах. Благодаря своей целеустремленности ученый быстро сформировал «клинику Шалимова», а сегодня в его ученики с гордостью называют себя «шалимовцами».

Демочко А.Л., Замковая Д.А.
ГЕОРГИЙ ЕФИМОВИЧ ОСТРОВЕРХОВ – ВОСПИТАННИК
ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра
общественных наук

17 августа 2014 года исполняется 110 лет со дня рождения крупного отечественного ученого в области клинической анатомии и экспериментальной хирургии члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки РФ, профессора Георгия Ефимовича Островерхова.

Под руководством Островерхова Г.Е. выполнено 50 кандидатских и 21 докторских диссертаций. Островерховым Г.Е. был разработан метод портогепатографии, новая методика длительного внутриартериального регионарного введения противоопухолевых препаратов и антибиотиков. Ученый является автором 204 научных работ по различным вопросам хирургии, топографической анатомии и высшего медицинского образования, в том числе, 6 монографий и широко известного учебника для студентов и врачей «Оперативная хирургия и топографическая анатомия», выдержавший за последние 10 лет три издания.

Труды Островерхова Г.Е. опубликованы в научных журналах Польши, Чехословакии, Югославии, США и др. Он неоднократно выступал на международных конгрессах: ангиологическом в Париже, на конгрессе по восстановительной хирургии в Нью-Йорке, анестезиологов в Вене, анатомов в Белграде, хирургов в Барселоне.

Георгий Ефимович и его ученики провели многочисленные эксперименты по отработке методов обезболивания при операциях на сердце, по пластике сосудов (верхней поллой вены, аорты, почечной артерии), пищевода, трахеи и бронхов, мочевого пузыря и мочеточников. Разработанная под его руководством оригинальная методика пластики пищевода нашла применение в клинике. Ряд исследований выполнен по трансплантации легких, печени, поджелудочной железы. Экспериментальные исследования сотрудников кафедры по изучению патогенеза и лечения острого панкреатита, печеночной недостаточности и гипоксических состояний печени позволили внедрить в клиническую практику новые лекарственные и антиоксидантные препараты (РНК-азу), сорбционные методы детоксикации, трансумбиликальную портогепатографию, синтезирован ряд оригинальных сорбентов для лечения острого панкреатита, аллогенные гепатоциты для лечения острой и хронической печеночной недостаточности.

Г.Е. Островерхов являлся одним из инициаторов внедрения новых методов преподавания и совершенствования форм контроля знания студентов по хирургической анатомии и оперативной хирургии. Под его руководством сотрудниками кафедры подготовлены две серии учебных таблиц по топографической анатомии, 8 учебных кинофильмов, диафильмы и атлас хирургических операций. В течение 10 лет он являлся главным редактором издательства «Медицина». Умер Георгий Ефимович в 1990 году.

Ефимова А.С.

СООТНОШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ КОМПОНЕНТЫ В КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА-ПЕДАГОГА

НИУ «Белгородский государственный университет», Белгород, Россия

Научный руководитель: доцент Копытов А.А.

Актуальность. Переход к инновационным методам подготовки врачей-специалистов способствует повышению качества медицинских и образовательных услуг. Запросы современного общества требуют конкурентоспособных врачебных кадров, способных профессионально обучить студентов деонтологии и взаимоотношению с пациентами. Перед врачом-педагогом должны всегда стоять принципы самосовершенствования, поскольку ему необходимо гармонично совмещать общественную и врачебную роли, участвуя в процессе социализации обучающихся.

Цель исследования – выявить понимание социальной роли врача-педагога, соответствующего эпохе социальной нестабильности и выработать рекомендации по повышению эффективности врача-педагога в современном российском обществе.

Гипотеза исследования: поскольку социальная роль врача-педагога реализуется посредством его деятельности как представителя профессии и как социального субъекта, то она отражает содержательные особенности компетенций, соответствующих индивидуальной и социальной компоненте.

Материалы и методы. Для подтверждения гипотезы, в качестве основного источника получения первичной социологической информации, выбрано анкетирование. Опрос респондентов проводился по единому алгоритму с количественной и качественной обработкой статистических данных, последующей их группировкой и классификацией. Анкетированием изучалось мнение 180 респондентов, имеющих различный образовательный ценз, в том числе выпускников средних общеобразовательных школ, студентов 3 курса и выпускников НИУ «БелГУ» в равных долях.

Отвечая на первый вопрос: «Какие человеческие и профессиональные качества должны присутствовать у врача-педагога?» респонденты расположили эти качества следующим образом: толерантность 18,9%, доброта 15,7%, внимательность 13%, профессионализм 12,9%, начитанность 12,4%, ответственность 9,5%, умение слушать 3%. Отвечая на второй вопрос: «Излагает ли педагог материал предельно ясно и доступно для понимания?» 80% опрошенных ответили да, 3% нет, затруднились ответить 8%. Третий вопрос звучал так: «Должен ли педагог, прежде чем давать новую информацию, убедиться в усвоении пройденного материала?», обучающиеся считают, что должен- 58%, не должен- 9% и затрудняются дать ответ 31%.

При ответе на вопрос «Легко ли обучающиеся вступают в дискуссии с преподавателем и умеют обосновать свою точку зрения?» выяснилось, что 68% анкетированных испытывают трудности в процессе общения, следовательно, основной задачей врача-педагога, участвующего в социализации обучаемых является формирование устойчивых навыков коммуникативной компетентности.

На вопрос: «Какой компоненте, в большей мере, должен соответствовать врач-педагог индивидуальной или социальной?» 54% респондентов ответили, что обучающий должен выступать, прежде всего, в индивидуальной роли врача. 29% считают, главенствующей социальной роль. 17% думают, что врачу-педагогу необходимо сочетать эти две компоненты. Преобладание индивидуальной компоненты свидетельствует о значимости в понимании анкетированных, прежде всего, врачебной деятельности.

Следовательно, для повышения социальной эффективности обучаемых, современный врач-педагог должен оптимизировать свой уровень социальных и общественных компетенций, для соответствия транзитивному этапу развития социально-экономических отношений, что открывает перспективы развития обучающихся.

Затолока Д. В.

КРИЗИСНІ ЯВИЩА В РОЗВИТКУ КУЛЬТУРИ НА МЕЖІ ТИСЯЧОЛІТЬ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Науковий керівник: доцент Глєбова Л. І.

На межі тисячоліть стався переломний момент в розвитку культури. Це змінило спосіб мислення цілого покоління, відбувається знецінення культурних надбань. І це досі знаходить свої відгомони в розвитку сучасного суспільства, тому так важливо розібратися в кризових явищах на межі XX -XXI століть. В цих умовах зростає значення таких якостей як внутрішній світ людини, знання історії свого народу та формування таких якостей, як освіченість, моральність, почуття обов'язку, національної свідомості та здатності до творчості.

Про наявність кризи свідчить, насамперед, мистецтво. Вона виявляється у хаотичності, еkleктичності, ірраціоналізації різних видів мистецтва. Багато митців XX століття відійшли від зображення світу (людей, природи) таким, яким ми його бачимо. Художники начебто говорять людям, що світ зовсім інший: абсурдний, беззмістовний. Достатньо згадати такі напрямки в живопису XX ст., як кубізм, експресіонізм, сюрреалізм. Культурологи звертають увагу і на виникнення комп'ютерної графіки. Мова йде про заміну мистецтва його штучною реальністю, створеною комп'ютерами в процесі здійснення програм машинної графіки. Культура XX-XXI ст. не є явищем завершеним, тому вибудувати струнку теорію культурного життя цієї доби досить складно. Причини кризового явища можуть бути як зовнішні (зміна природо-кліматичних умов у зоні існування спільноти, війни, агресія), так і

внутрішні, пов'язані з політичною або економічною кризою в суспільстві, кризою пануючої ідеології, соціальних інститутів.

Наслідком культурної кризи, як правило, стає зміна стереотипів свідомості і поведінки, девальвація традиційних норм соціального життя, моралі. Мистецтво ХХ століття породило безліч синтетичних форм, у яких сплітаються властивості живопису, архітектури, літератури, музики, хореографії, театру. Поряд зі звичною художньою системою, що сходить до епохи античності та Відродження, базованих на принципі мимезиса - наслідування натурі й відтворення її в життєподібних образах мистецтва, виникли й розвиваються різні напрямки художнього авангарду, який в принципі заперечує всі цінності й традиції минулих епох, для того щоб будівництво нової, сучасної культури починати з «білого аркуша». Авангардні напрямки в поезії, кінематографії, образотворчому мистецтві, архітектурі виявилися не тимчасовим епізодом, а знаменували народження нової художньої системи.

Феномен художнього авангарду виступав щораз у нових іпостасях: то абстрактного експресіонізму, то сюрреалізму й поп-арту, а потім у формі деяких явищ постмодернізму (продукт постіндустріальної епохи та розпаду цілісного погляду на світ). Постмодерністи (Дж. Фаулз, Й. Бродський, Ю. Андрухович, О. Забужко), завдяки грізному історичному досвідові, переконалися у марноті спроб поліпшити світ, втратили ідеологічні ілюзії, вважаючи, що людина позбавлена змоги не лише змінити світ, а й осягнути, систематизувати його. Головними рисами цього напрямку є сумнів у всьому, іронія (глузування над усім), поєднання літературних жанрів між собою тощо.

Отже, ХХ – початок ХХІ ст. породили оригінальні літературно-мистецькі течії, які відбивали сум'яття почуттів, нестабільність тогочасного суспільства. У суперництві і співпраці митці шукають істину та високе призначення людини. Складні соціальні колізії з надзвичайною силою загострюють почуття особистості, індивідуальності, ставлять проблему цінності людського життя, відповідальності людини за долю світу. З переходом світу на новий етап розвитку, кардинально змінюються соціальні норми та традиції, те що для нас було аморальним або неправильним, стає звичайним явищем. В результаті цього можна зробити висновок, культура постмодернізму стане провідною в ХХІ столітті. А для того, щоб цього не сталося, необхідно зберегти традиційні культурні цінності минулого століття, адже посилаючись на минуле можна створити світле майбутнє.

**Зелиский Р.
ДЕЛО ВРАЧЕЙ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общественных наук**

Научный руководитель к.и.н. Демочко А.Л.

В истории СССР можно встретить огромное количество «сомнительных» дел, тщательно спланированных правящей верхушкой. «Дело врачей» стало кульминацией политики, проводившейся в СССР. Истоки кампании относятся к 1948 году, когда в СССР уже шла кампания по борьбе с космополитизмом, которая приобрела антисемитские формы, поскольку в роли так называемых «безродных космополитов» чаще всего оказывались люди с еврейскими фамилиями.

13 января 1953 года Сталин опубликовал "Хронику ТАСС" – о раскрытии органами государственной безопасности "террористической группы врачей, ставивших своей целью путем вредительского лечения сократить жизнь активным деятелям Советского Союза". В "Хронике" говорилось, что "врачи-вредители"

работали по заданию двух иностранных разведок: американской и английской. Все арестованные – евреи. Все они – врачи кремлевской поликлиники и как таковые – лейб-врачи членов Политбюро, правительства и высших военных чинов. Если бы Сталин ограничился этой "Хроникой", то можно было бы подумать, что это лишь очередной взрыв антисемитизма и "дело врачей" просто вариант "дела сионистов". Но в статье газеты "Правда" (от того же 13 января) Сталин преждевременно (а потому и неосторожно) раскрыл карты: дело лейб-врачей членов Политбюро выглядело как дело самого Политбюро. Всегда богатая криминальная фантазия Сталина в "деле врачей" оказалась удивительно нищей: он просто вытащил из архива дело Бухарина, Рыкова, Ягоды и судившейся вместе с ними группы кремлевских "врачей-вредителей" (профессора Плетнева, докторов медицины Левина, Максимова и Казакова), вместо старых имен поставил новые, модернизировал обвинение и подsunул его Политбюро. Более того, Сталин снова пустил в ход свою политическую философию того времени о классах и классовой борьбе при социализме, о "правых оппортунистах", о "врагах народа", которые тем больше размножаются, чем больше социализм имеет успехов.

Существует версия, согласно которой громкий процесс врачей должен был стать сигналом для массовых антисемитских кампаний и депортации всех евреев в Сибирь и на Дальний Восток. На фоне провоцируемых советской пропагандой внезапно вспыхнувших антисемитских настроений среди населения, депортация должна была выглядеть как «акт гуманизма» — спасение евреев от «народного гнева», погромов и самосуда. По некоторым, документально не подтверждённым данным, было подготовлено письмо, которое должны были подписать видные деятели советской культуры, суть которого сводилась к следующему: «Мы, видные деятели культуры, призываем советское руководство оградить предателей и безродных космополитов еврейского происхождения от справедливого народного гнева и поселить их в Сибири». Предполагалось, что советское руководство должно благосклонно отозваться на эту просьбу. Есть многочисленные свидетельства современников о том, что слухи о депортации циркулировали по Москве сразу после сообщения о начале «дела врачей».

Предстояли массовые казни и репатриации. Как шепотом передавали тогда, врачей-убийц «казнить будут через повешение! Они этого заслужили!» Но судьба решила иначе: 5 марта внезапно скончался Сталин. Санкционировав «дело врачей», «вождь народов» обрек себя на гибель, оказавшись без своевременной помощи. А 4 апреля население страны было вновь потрясено: в газетах и по радио сообщалось, что все кремлевские врачи арестованы незаконно и освобождены, а следственный аппарат привлечен к ответственности...

Зінов'єв І.Е.

РОЛЬ ЛІКАРІВ У ХОДІ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Науковий керівник к.і.н. Демочко Г.Л.

Велика Вітчизняна війна – одна із найстрашніших сторінок в історії України. В результаті цієї війни загинуло понад 30 мільйонів людей. Це був найкривавіший театр воєнних дій в ході Другої світової війни. Прямі людські втрати України, за приблизними оцінками, становлять від 8 до 10 мільйонів.

Вже з перших днів війни медична служба зазнавала серйозних труднощів – відчувався різкий дефіцит в засобах, не вистачало кадрів. Однією з основних проблем, що ставала перед обличчям хірургів, була велика втрата крові солдатами, і, як наслідок, її нестача. Саме через це у медсанбатах і в госпіталях були виділені лікарі, відповідальні за переливання крові. Для отримання, зберігання і розсилки крові по арміях і

еваку пунктах у вересні 1941 р. була організована група переливання крові у складі лікаря-гематолога і двох сестер. В армії кров доставлялася санітарними літаками з використанням їх зворотним рейсом для евакуації поранених. Крім того, перед медиками стояло питання про ліквідацію розширення епідемій та авітамінозу серед населення. Струнка система протиепідемічних заходів, санітарно-гігієнічне забезпечення Червоної Армії привели до небувалого в історії воєн результату – в період Великої Вітчизняної війни в радянських військах не було епідемій.

Медичні працівники внесли безцінний внесок у перемогу. До лав Червоної Армії повернулися 72,3 % поранених і 90,6 % хворих. Якщо ці відсотки представити в абсолютних цифрах, то число поранених і хворих, складе близько 17 млн. чоловік. Маршал Костянтин Рокоссовський писав: «Воістину наші медики були трудівниками-героями. Вони робили все, щоб швидше поставити поранених на ноги, дати їм можливість знову повернутися до строю».

Комар В.А.
ОККУПАЦИЯ ГОРЛОВКИ В 1941-1943 гг.
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общественных наук
Научный руководитель к.и.н. Демочко А.Л.

22 октября 1941 г. начались сражения на подступах к Горловке в районе Дзержинска. Оборону вел 130 отдельный мотострелковый батальон, который целую неделю держал оборону и дал возможность эвакуировать предприятия. Окончательно взяли город 5 декабря.

Еще до захвата на территории Горловки начали создаваться и вооружаться партизанские отряды. В Горловском районе руководство сопротивлением оккупантам осуществлял С. Н. Щетинин. Сопротивление нарастало с каждым днем, по городу ходила «живая» газета «Народный мститель». Устраивали саботаж на восстанавливаемых шахтах города. Подполью оккупационная власть оказывала жестокое сопротивление – все, кто был хотя бы заподозрен в участии в партизанских отрядах, были казнены. Был введен комендантский час, расстреливали всех, кто появлялся на улице в ночное время, кого замечали возле окопов передовой линии. Хватали «заложников»: довоенных активистов и стахановцев. Свыше 8 тысяч человек было сброшено в ствол шахты «Узловая». Под угрозой расстрела население заставляли сдавать оружие, продовольственные запасы. Среди оккупационной власти действовали «12 правил поведения немецкого офицера на Востоке», согласно которому солдат мог расстрелять любого человека без повода. В декабре 1942 года была организована полиция. Хлеб, черный от примесей жмыха и горелого ячменя, выдавали только тем, кто работал. Для устрашения непокорных по городу установили виселицы. Шла активная мобилизация населения для работы в Германии, которая сначала была добровольной, а после того, как это не дало результатов, принудительной («Циркуляр о создании бюро по мобилизации рабочей силы» Гитлер). 3 декабря 1942 года вводилась всеобщая трудовая повинность с 14 лет. Оккупация длилась 22 месяца. Город был освобожден 4 сентября 1943 г.

Краснощекова Е.А.
ВЕЛИКОЕ ИМЯ XX ВЕКА – В.А. НЕГОВСКИЙ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общественных наук
Научный руководитель к.и.н. Демочко А.Л.

Имя профессора В.А. Неговского занесено в список крупнейших медиков XX века. В этом почетном списке В. Рентген, В. Флеминг, З. Ваксман, К. Бернард, В.П.

Демихов и Владимир Неговский – Padre Reanimazzioni (" отец реаниматологии " , по определению итальянцев) . В.А. Неговский участвовал в организации международных конгрессов, съездов, симпозиумов, председательствовал на них, активно сотрудничал, встречался и переписывался с ведущими учеными многих стран .В канун 80-летия В.А. Неговского выдающийся английский ученый Питер Сафар писал ему : "Вас всегда будут считать в мире основоположником реаниматологии ... Я учился на Ваших концепциях и видениях " . Актуальность научных выводов и их значение для научно-технического прогресса в здравоохранении принесли признание ученому в СССР и за рубежом. В.А. Неговского, доктора медицинских наук, профессора, избирают членом - корреспондентом (1969), академиком (1975) Российской академии медицинских наук , доктором honoris causa Познаньской медицинской академии, пожизненным почетным членом Европейского совета по реанимации , иностранным членом- корреспондентом Тулузской академии , Словацкой академии наук и искусств , почетным членом научных медицинских обществ многих стран . Питтсбургский университет выдал Владимиру Александровичу свидетельство о признании . Имя нашего земляка занесено в итальянскую книгу " Великие имена XX века " . На золотой медали , которую вручил депутат итальянского парламента , написано : "Владимиру Неговскому, который отбирает жизни у смерти " .

Мамасуєва Л.В.

БЛАГОДІЙНІСТЬ ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Науковий керівник к.і.н. Демочко А.Л.

Війна – найжорстокіша та найкривавіша подія людства. Скільки із-за неї життів було скалічено, скільки людей, забувши про свій страх та власні потреби, допомагали ближньому, зокрема – це медичні працівники.

Червоний хрест – благодійне медичне товариство, головним завданням якого є запобігання та полегшення страждань людини, покращення якості життя, захист честі, гідності та здоров'я. Поштовхом для створення такої організації стала кількість жертв під час битви під Сольфєріно в Італії 24 червня 1859р. Тоді, під враженнями, як за декілька годин полягло 40000 чоловік, молодий швейцар А. Дюан створив групу добровольців, які допомагали та доглядали поранених. Червоний Хрест зробив значний внесок в часи Першої світової війни, зокрема, – це прийняття Женевської конвенції, яка стосувалася поранених і хворих бійців на полі бою, військовополонених, та цивільного населення. За угодою воюючі сторони зобов'язувалися здійснювати обмін списками військовополонених, дозволяти їм отримання посилок, листів і грошових переводів через Міжнародний комітет Червоного Хреста.

Під час Другої світової війни Червоний хрест підготував багато професіональних лікарів, медсестер, санітарних інструкторів, відкрив сотні донорських пунктів для збирання крові. Забезпечив ліками ,обладнанням та продовольчими товарами. Медичні працівники надавали першу медичну допомогу воїнам незалежно від армії та старанно виконували свої обов'язки. Постійно відкривались медичні курси підготовки на фронт для дівчат. Допомога у війні – це не єдина мета Червоного Хреста. Але хочу зазначити найголовнішу – це те, що він відстоював ідею солідарності та поваги до людської гідності, бо війна – це травматична епідемія.

Маренич Н. И.
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ АВАРИИ НА
ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ (ЧАЭС)
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общественных наук

Научный руководитель к.и.н. Демочко А. Л.

«Авария на Чернобыльской» – разрушение 26 апреля 1986 года четвёртого энергоблока Чернобыльской АЭС. Несомненно, это крупнейшая авария в своём роде за всю историю атомной энергетики, как по предполагаемому количеству погибших и пострадавших от её последствий людей. С первых дней после катастрофы на Чернобыльской АЭС военные медики приняли участие в оказании помощи пораженным. Об этом можно судить по тому, что уже 28 апреля 1986 года руководство 6-й клинической больницы города Москвы обратилось в Центральное военно-медицинское управление (ЦВМУ) с просьбой оказать помощь в организации лечения больных острой лучевой болезнью, поступивших из Чернобыля. В предельно сжатые сроки в больницу во главе с профессором полковником медицинской службы Е.В.Ермаковым была направлена группа военных врачей-преподавателей и слушателей военно-медицинского факультета при Центральном институте усовершенствования врачей (ЦИУВ), а также группа лаборантов-гематологов из центральных госпиталей Министерства обороны СССР. В течение месяца военные терапевты вместе со специалистами клинической больницы вели самоотверженную борьбу за жизнь героев Чернобыля.

Для усиления развернутых формирований по приказанию начальника ЦВМУ в район катастрофы были командированы 200 высококвалифицированных врачей (100 из московских военно-медицинских учреждений и 100 из Военно-медицинской академии), 25 гематологических бригад, каждая из которых была снабжена всем необходимым для массовых исследований периферической крови (на пять тысяч исследований каждая бригада), 10 главных радиологов военных округов и флотов. Некоторые пострадавшие, получившие субклинические дозы облучения, были направлены в Военно-медицинскую академию в клинику военно-полевой терапии, имевшую опыт оказания терапевтической помощи пострадавшим при авариях на атомных подводных лодках. Активно участвовала в оказании медицинской помощи населению и ликвидаторам медицинская служба Киевского, Белорусского и Прикарпатского военных округов. В этих округах к ликвидации последствий катастрофы было привлечено 39 медицинских учреждений и подразделений с общей численностью медицинского состава 1468 человек.

В течение первых трех месяцев после аварии погиб 31 человек; отдалённые последствия облучения, выявленные за последующие 15 лет, стали причиной гибели от 60 до 80 человек. 134 человека перенесли лучевую болезнь той или иной степени тяжести. Для ликвидации последствий были мобилизованы значительные ресурсы, более 600 тыс. человек участвовали в ликвидации последствий аварии. Многие жизни были спасены благодаря своевременной и квалифицированной помощи медиков.

Недомовная А. В.
МИШЕЛЬ ФУКО КАК ИСТОРИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. «ИСТОРИЯ
БЕЗУМИЯ»

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра общественных наук

Научный руководитель: к. ист. н., ст. преподаватель Альков В. А.

В виду многогранности философия Мишеля Фуко до сих пор не познана до конца. Ее необходимо рассматривать в разных аспектах. Одним из них является

исторический. Главное историческое произведение Мишеля Фуко (1926 – 1984) посвящена восприятию феномена безумия в европейской культуре XVII – XIX вв. Анализируя различные формы опыта безумия — институт изоляции умалишенных, юридические акты и медицинские трактаты, литературные образы и народные суеверия, — автор рассматривает формирование современных понятий «сумасшествие» и «душевная болезнь», выделяющихся из характерного для классической эпохи общего представления о «неразумии» как нарушении социально — этических норм. В книге по - новому, освещены истоки психологического опыта безумия в XX в.: позитивизм XIX в., психоанализ Фрейда, философия Ницше и т. д. Дополнительный интерес представляет привлеченный Фуко обширный материал искусства и литературы (от Эразма Роттердамского и Себастьяна Бранта до маркиза де Сад, от Босха до Ван Гога).

Фуко показывал, что опыт безумия оказывается напрямую связан с судьбами разума. культуры. Главный тезис книги Фуко заключается в том, что до 19 ст. не было безумия; психиатрия создала психические болезни; современная культура непреднамеренно создала такой образ психической болезни, в который можно вглядываться, ища разгадки сущности человека. По мысли Фуко, истина безумия связывает истину дурных инстинктов человека с его телом. Таковая истина несовместима с общественными нормами. Излечение безумных становится уделом других людей, и — как итог — истина человека вообще посредством безумия и тела становится объектом научного исследования, надзора и управления. Т.е. проблема безумия является кардинальной для всей системы мышления и доказательств Фуко, поскольку как раз отношением к безумию он проверяет смысл человеческого существования, уровень его цивилизованности, способность его к самопознанию и, тем самым, к самопознанию и пониманию своего места в культуре, к господствующим структурам языка и, соответственно, власти. Иначе говоря, отношение человека к «безумцу» вне и внутри себя служит для Фуко показателем, мерой человеческой гуманности и уровнем его зрелости. В этом плане вся история человечества выглядит у него как история безумия.

Немідько В.В.

РЕЛІГІЯ В ЖИТТІ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ: ПРОБЛЕМА СВОБОДИ ВИБОРУ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Науковий керівник: канд. іст. наук, ст. викладач Альков В.А.

Проблема ролі релігії в сучасному українському суспільстві набирає неабиякого значення, адже віра в надприродне, провидіння тривалий час була однією з найважливіших складових повсякдення. Для сучасної молодії людини, особливо студента-медика, який має бути людиною науки й підходити до корінних проблем буття раціонально, це питання постає особливо гостро.

Традиційному суспільству було властивим виключно релігійне світосприйняття. Проте зараз, в еру технологій, таке поняття як релігія певною мірою змінює свої характеристики. Релігійні обряди нерідко відправляються формально без дійсної віри в їх сакральність, хоча відвідання церков порівняно із радянським часом зросло. Звичайно, люди не перестали вірити в надприродні сили. Просто за наших часів віра в багатьох випадках трансформувалась у нічим не підкріплений обряд на зразок магічного в первісному суспільстві.

Сьогодні, в умовах демократичного суспільства, в якому немає обмежень щодо віросповідань, практикується свобода думки, свобода совісті, ніхто не вказує нам у що вірити й у що не вірити. Ми – володарі власних думок. Чи ні?

Ми звикли думати, що маємо свободу вибору. І, на перший погляд, так і є. Але мало хто замислюється над тим, що наш вибір – це лише підтвердження чієїсь думки, яка виникла раніше. Наведемо приклад. Сім'я – чоловік та дружина – християни й у них народився син, якого похрестили за всіма нормами християнства й з раннього дитинства виховували в ньому любов до своєї релігії. І коли цей син виросте, то майже зі стовідсотковою гарантією можна твердити, що він буде християнином, бо так вирішив не він, а його батьки, а їм цю думку нав'язали їхні батьки й т. д. Тож можна стверджувати, що особистість формується в суспільстві, в оточенні, родині, і часто наш вибір ґрунтується не на власних логічних міркуваннях, а на нормах, традиціях, які нам прищепили. Людина стає віруючою не тому, що дійсно вірить, а тому, що так прийнято в її середовищі. Тут діє теорія «фреймів» І. Гофмана.

Отже, формально ми маємо свободу вибору, але часто вона набуває примарності, фактично «вільний» вибір жорстко зумовлений культурними рамками. Вибір – це лише ілюзія. Тому в сучасних умовах молодій людині слід виховувати в собі чітку особисту позицію, що ґрунтується не на традиціях, а на раціональному підході до проблем буття.

Ничипорчук Г.В.

ПЕРШИЙ ХАРКІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ В РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

**Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник - доц. Глебова Л. І.**

Історія нашого навчального закладу тісно переплетена з історією нашої країни. В 2014 році Україна святкуватиме 70-річчя визволення від німецького округу. Дуже важливим є збереження пам'яті про всіх, хто вніс свій вклад у Перемогу радянського народу. Велика вітчизняна війна, що розпочалася 22 червня 1941, затяглася на довгих 4 роки. І за кожним воєнним роком людські долі, біль і страждання, неугасимий потяг до життя і героїчна самопожертва наших співвітчизників. С перших днів війни життя міста Харкова перебудувалося на воєнні рейки. Кожен третій дорослий харків'янин одягнув військову форму та взяв до рук зброю. Добровольцями пішли на фронт 232 викладачі і студенти з ХМІ. Студенти I – II курсів були направлені на оборонні роботи, а ті, хто мали середню медичну освіту, - в шпиталі та клініці.

Серед евакуйованих на схід СРСР 70-ти українських вищих навчальних закладів був і ХМІ. 22 вересня 1941 року почалося відправлення обладнання кафедр, лабораторій, музеїв, 1-го ХМІ у Чкалов (Оренбург), 2-го ХМІ у Фрунзе. До місця призначення відправилися 9 товарних вагонів, серед яких більшість були звичайні відкриті платформи. У другій половині жовтня професори, викладачі й 560 студентів прибули на Урал, а 10 листопада 1941 на всіх кафедрах почалися заняття. З новим набором I та V курсу (на момент евакуації студенти п'ятикурсники майже всі пішли на фронт) в інституті нараховувалось 1139 студентів. Труднощі чекали на кожному кроці: використання пристосованих приміщень дозволяло в 1941 – 1942 навчальному році проводити заняття з сьомої ранку до тринадцятої години; в 1942 – 1943 році вони проходили з вісімнадцятої до двадцять третьої години. Але не тіснота, не відсутність меблів, н брак підручників, а холод буд справжнім випробуванням для студентів і викладачів. Тим більше вражаючими були підсумки зимової сесії 1941 – 1942

навчального року: відмінні і добрі оцінки, скласти приблизно 64%. Загалом за час евакуації інститут підготував 611 лікарів. Викладачі зробили дуже багато для налагодження навчального процесу. Але разом з учбовою вони успішно вели й наукову-дослідницьку роботу з двох основних проблем: питання воєнної травматології та аліментарної дистрофії (наукові роботи професорів Мінкіна С.Л., Левіна М.М., Цейтліна О.З., Коган-Ясного В.М.). За дорученням Народного комісаріату з охорони здоров'я СРСР професори медінституту розробили рекомендації щодо підвищення продуктивності праці на оборонних підприємствах міст Чкалова, Орська, Мідногорська (зокрема, Соловйов М.М., Брауде І.Р., Струков А.І.). Під керівництвом Утевського А.М. у м. Фрунзе було створено вітамінну лабораторію та відкрито перше у середній Азії вітамінне виробництво. Для воєнної промисловості Асс Т.В. виконав роботу з хромування металів, а доцент Усіков В.Я. розробив конструкцію приладу, що дозволяв визначати напрям польоту на місце розташування ворожого літака у повітрі. Авторитет харківських вчених був настільки високим, що нашому медичному інституту Південно-Уральський воєнний округ пропонував взяти шефство і контроль над лікувальною роботою у шпиталях округу. І студентам одночасно з навчанням доводилося брати участь у важливих справах. На весні 1942 року інституту надали 5 гектарів землі, на якій було посаджено картоплю; а восени студенти зібрали 35 тонн врожаю, які було передано у студентські їдальні. Працювали викладачі та студенти на колгоспних і радгоспних полях, а також на лісозаготівлі. Старшокурсники постійно чергували в палатах тяжкопоранених і хворих, просували білизну бійцям, надсилали подарунки бійцям. У фонд оборони зібрали 105 тисяч карбованців і облігацій на суму 240 тисяч карбованців, за що отримали подяку від Верховного головнокомандуючого країни. Після вигнання окупантів 23 серпня 1943 року в Харкові розпочалася відбудова. З фронтів та евакуацій поверталися представники інтелектуальної еліти, яким пощастило вижити в екстремальних умовах війни. Одним з перших повернувся до Харкова директор Медичного Інституту професор Гаспарян А.М. (до речі в грудні 1943 році було прийнято рішення про об'єднання I та II медичних інститутів в один). А згодом з Чкалова до Харкова відрядили групу викладачів на чолі з професорами Черніковим Є.А. та Горкіним З.Д., перед якими постало нелегке завдання: підготувати повернення інституту після закінчення 1943 – 1944 навчального року. Потрібні були величезні зусилля, щоб відродити славу медичного інституту, якому були нанесені збитки за 2 роки окупації Харкова на суму 13 млн. 745 тис. крб.. Не менш напружена робота йшла в Чкалові і Фрунзе: треба було знову збирати обладнання, бо в рідному місті чекали пусті аудиторії. Повернення ХМІ до Харкова відбувалося протягом липня 1944 року. Контингент студентів в перший мирний рік склав 3723 чоловіка. Попереду були роки плідної праці із підготовки медичних працівників нового покоління.

Степаненко К.М.

МЕДИЦИНА І ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

**Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник – доц. Глебова Л.І.**

В 2014 році Україна святкує 70-річчя визволення від німецьких загарбників. Важлива роль в період Великої Вітчизняної війни належала лікарям. Досягнення медицини та охорони здоров'я в роки війни - славна сторінка історії, неминуща цінність для наступних поколінь. На фронті і в тилу було зроблено дуже багато, щоб

організувати допомогу пораненим воїнам, не допустити виникнення епідемій, зберегти підростаюче покоління, створити службу охорони здоров'я робітників оборонних підприємств, забезпечити населення медичною допомогою.

Вперше в історії вітчизняної військової медицини була організована спеціалізована медична допомога у відповідних профільованих госпіталях. Була розроблена і швидко впроваджена система лікування легкопоранених, методи лікування ран, травм, відновлення працездатності, переливання крові і кровозамінників, боротьба з шоком та після пораненими ускладненнями, запропоновано ефективні лікарські засоби, тривали фундаментальні дослідження, визначили перспективи найважливіших напрямків сучасної медичної науки.

У роки війни служби охорони здоров'я були націлені на виконання завдань, обумовлених військовим часом: надання медичної допомоги пораненим на етапах евакуації, якнайшвидшого відновлення їх боєздатності, попередження епідемій. Вирішення цих завдань на початкових етапах проходила з неймовірними труднощами, що було обумовлено рядом чинників: брак медичних кадрів, незадовільною підготовкою медичного персоналу з питань військово-польової хірургії, організації і тактики медичної служби.

Під час війни головними завданнями охорони здоров'я стали: - допомога пораненим і хворим; - медичне обслуговування трудівників тилу; - охорона здоров'я дітей; - широкі протиепідемічні заходи.

Спільна робота військових і цивільних органів охорони здоров'я з профілактики інфекційних захворювань, їх активну взаємодію на фронті і в тилу щодо запобігання масового розвитку епідемій, небезпечних і невід'ємних раніше супутників будь-якої війни, повністю себе виправдали і дозволили створити найсуворішу систему протиепідемічних заходів, яка включала: - створення протиепідемічних бар'єрів між фронтом і тилом; - систематичне спостереження, з метою своєчасного виявлення інфекційних хворих та їх негайній ізоляції; - регулювання санітарної обробки військ; - застосування ефективних вакцин та інших заходів. Струнка система протиепідемічних заходів, санітарно - гігієнічне забезпечення Червоної Армії привели до небувалого в історії воєн результату - в період Великої Вітчизняної війни в радянських військах не було епідемій.

За роки війни медики повернули в стрій 72,3% поранених і 90,6% хворих. Саме тут з усією яскравістю проявилися гуманізм і людяність вітчизняної медицини. Не можна забувати, що підсумки, якими ми законно пишаємося, були досягнуті ціною величезних зусиль і втрат. У роки Великої Вітчизняної війни наша медична служба зазнала серйозних втрат. Загальні втрати склали 210 601 чоловік, що в 10,5 рази перевищувало втрати медичної служби армії США (19 898), а санітарні - в 7,7 рази (відповідно 125 808 і 16 248 чоловік): при цьому 88,2% втрат припадає на рядовий і сержантський склад, тобто на передову ланку медичної служби, що діяла на полі бою. Саме діяльність державної системи цивільного охорони здоров'я, а в роки війни непорушним законом була єдність цілей цивільного охорони здоров'я та військово-медичної служби, зумовила багато безперечні досягнення і в тилу, і на фронті.

Сушецька Д. А.

ХАРКІВЩИНА В РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук

Науковий керівник: доцент Глебова Л.І.

Тема, присвячена Харківщині в роки Великої Вітчизняної війни є дуже актуальною, бо 23 серпня 2013 року місто Харків відсвяткувало 70-річчя визволення

від німецьких загарбників. Кожен з нас повинен пам'ятати про події, які мали такі трагічні наслідки для жителів області і України в цілому. Жахлива двадцятиднемісячна окупація міста Харкова почалася з 24 жовтня 1941 року.

У Харкові, влада увесь час належала німецьким військовим. Ще напередодні захоплення міста було видано наказ про створення міської комендатури на чолі з генералом Ервіном Фіровим. Велику роль грала фельдкомендатура. Німецьке командування установлювало «новий порядок» у Харкові. В перші дні окупації нацисти повісили на балконах будинків від Південного вокзалу вздовж вулиці Свердлова 116 осіб. З листопада 1941 року в Харкові почали застосовувати закон, який передбачав знищення від 50 до 100 місцевих жителів за кожного вбитого німецького військовослужбовця. Новий режим був оснований на політиці жорсточайшого терору населення. У грудні 1941 року євреї мали пройти обов'язкову реєстрацію. 14 грудня 1941 року німецький комендант міста віддав наказ про переселення євреїв до гетто, в бараки верстатобудівного заводу. На початку січня 1942 року все населення бараків було розстріляно в Дробицькому Яру спеціальним підрозділом зондеркоманди Пауля Блобеля. У січні 1942 року на вулицях Харкова з'явився спеціальний автомобіль, пристосований для знищення людей – «газваген», названий у народі «душогубкою». У них було знищено близько 30 тисяч жителів міста і області, у тому числі 1 000 хворих. Всього, за офіційними даними, у таборах військовополонених у Харкові загинуло 22 тисячі 700 чоловік. В Харківській області діяло в окупаційний період 22 концтабори для військовополонених.

Населення окупованого міста німці розглядали як невичерпне джерело примусової праці, задоволення потреб Німеччини. Тому з кінця 1941 р. у Харкові вводиться примусова трудова повинність і розгортається кампанія з вербування спеціалістів на роботи в Німеччину. На роботу до Німеччини з Харківської області були відправлені 164 тисячі чоловік (в тому числі 110 тисяч харків'ян).

Головною проблемою харків'ян в окупованому місті став страшний голод. Були випадки, коли на базарі продавали людське м'ясо. За даними Харківської міської управи, в 1942 р. від голоду померли 13 тисяч 139 харків'ян, що склало більше половини всіх померлих за цей період. Також взимку 1942 року дуже гостро стояло питання з водою. Колонки замерзли, не працював водогін. Популярними в місті були так звані «грабиловки». Центрами життя населення Харкова стали 14 ринків. Торгівлі за гроші тут спочатку не було, повсюдно панував бартер: міняли майже все. Всі, хто міг, їздили на село, на так звані «міни». Городяни несли за місто усі цінності, що мали, сподіваючись отримати за них продовольство.

15 лютого 1943 року відбулося перше звільнення міста Харкова. Радянські війська витіснили окупантів з міста, а 16 березня 1943 року місто знову перейшло до рук німецько-фашистського командування. Під час другої окупації була оголошена «комендантська година», почалися «облави». 13 березня 1943 року солдати дивізії СС «Адольф Гітлер» живцем спалили 300 поранених, а решту (близько 400 осіб) розстріляли.

23 серпня 1943 року радянські воїни остаточно визволили місто. Із понад мільйонного у вересні 1941 р. населення міста залишилося близько 190 тисяч.

У пам'ять про загинувших у роки Великої Вітчизняної війни було споруджено Меморіал Слави, «Дробицький яр», працює музей холокосту. Імена Героїв Радянського Союзу увічнені в назвах проспектів і вулиць міста Харкова. Ми пам'ятаємо всіх тих, хто спас Україну від неволі і німецької окупації.

Тягнирядко К.
ПРАПОР ПЕРЕМОГИ ОЛЕКСІЯ БЕРЕСТА

Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник к.і.н. Демочко Г.Л.

Олексій Берест народився 9 березня 1921 року в бідній сім'ї Прокопа Никифоровича і Христини Вакумівни Берестів в місті Охтирка, Сумської області. Брав участь у Другій світовій війні. Олексій Берест воював у 150-й стрілецькій дивізії у батальйоні капітана Неустроева. Дійшов до Берліна. 1 травня 1945 року саме українець Олексій Берест встановив радянський прапор над будівлею німецького уряду разом з М. Єгоровим і М. Кантарія. Раніше ім'я О. Береста воліли не згадувати, а нагороду за життя він так і не отримав. У взятому Берліні О. Берест провів переговори з рештою гітлерівців, після чого ті здалися. Заслуги Береста залишалися невідомими довгі роки. У мирний час він працював в одному з місцевих кінотеатрів. Одного разу співробітниця кінотеатру вкрала гроші за квитки. Не дивлячись на те, що всі обставини доводили невинуватість Береста, його несправедливо засудили на 10 років позбавлення волі.

Після в'язниці Олексій повертається додому. В один із днів він пішов у садок за онуком. На залізничному переїзді на рейки впала дівчинка. Її Олексій Берест встиг відштовхнути, а сам загинув ...

6 травня 2005 року за бойову відвагу у німецько-радянській війні 1941–1945 років, особисту мужність і героїзм, виявлені в Берлінській операції та встановленні Прапора Перемоги над рейхстагом Указом Президента України Віктора Ющенка Олексію Бересту посмертно присвоєно звання Героя України з орденом Золотої Зірки. Сьогодні українська спільнота може пишатися своїми синами, чиє ім'я було несправедливо занедбано у жорстокості тоталітарної системи.

Фельдман Д.А.
СТРАХ-ПОНЯТИЕ ФИЛОСОФСКОЕ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра философии
Научный руководитель: д.фил.наук, проф. Карпенко Е.И.

Исследованием проблемы страха в той или иной степени занимались различные исследователи В. Ф. Гегель, Ж. Лакан, Ж. П. Сартр, А. Фейербах, К. Ясперс, З. Фрейд, Р. Мэй. Собственно этический аспект частично рассматривался в работах С. Кьеркегора, Н. А. Бердяева, Э. Фромма. Данная тема весьма актуальна, так как рассматривалась, в основном, только в психологическом аспекте, а этическая сторона проблемы остаётся менее затронутой.

Целью данной работы является анализ этического контекста проблемы страха. В соответствии с целью работы предполагается решение следующих задач: описать основные аспекты постановки проблемы страха в историко-философской традиции; выявить особенности этической интерпретации феномена страха. Объектом данного исследования является проблема страха в целом, а ее предметом этический ракурс этой проблемы.

Страх (нем. Angst; франц. angoisse; адгл. anxiety) — тягостное, мучительное душевное состояние, вызываемое грозящей человеку опасностью и чувством собственного бессилия перед ней. Страх – это кратковременная эмоция или устойчивое чувство, порождаемые у человека действительной или воображаемой опасностью. Страх одна из самых сильных человеческих эмоций, связанная с инстинктом самосохранения и чувством безопасности. Страх по своей природе адаптивен: происходящие под его воздействием психологические трансформации заставляют человека приспособлять свое поведение к внешним

требованиям. Одновременно поведенческая адаптация нацелена на то, чтобы погасить эмоцию страха и вернуть психику в исходное уравновешенное состояние. Несмотря на то, что эмоция страха, одна из самых сильных, и что она, как никакая другая эмоция может влиять на поведение человека, приводя его к неконтролируемым действиям, ее нельзя оценивать, с моральной точки зрения, лишь негативно, хотя безусловно, нельзя забывать о том, что страх приводит к трусости. Однако, у страха есть и положительные стороны, касательно его этического контекста. Страх предупреждает нас об опасности и корректирует наши действия в соответствии с этим, он предостерегает нас, в том числе и от аморальных поступков.

Что же касается этической интерпретации, то применительно к ней можно зафиксировать два основных аспекта: первый – это понимание страха как сдерживающего фактора в институтах права и в религиозной морали. Соблюдение закона и отказ от совершения греха происходит не потому, что это безнравственно, а из-за страха наказания. Вместе с тем, некоторое положительное значение страха можно обнаружить и здесь, так как именно он в некоторой степени «защищает» граждан от совершения преступлений. Поэтому в этом аспекте страх может оцениваться и положительно, и отрицательно, в зависимости от ситуации и ракурса рассмотрения. Другой аспект связан с проблемой соотношения разумности и чувственности. Мораль соотносится, прежде всего, с разумностью и сдержанностью в отношении эмоций. Однако зачастую именно наши эмоции, в том числе и страх, обуславливают положительно направленную в нравственном контексте цель наших деяний, что стимулирует отнесение страха к сфере добра. Что же касается мужества, как одной из главных нравственных добродетелей, то применительно к его формированию страх выступает в качестве морально-отрицательной ценности и предполагает преодоление. И, напротив, трусость, которая порицается моралью, по сути своей, связана с неконтролируемым страхом.

Таким образом, проблема моральной оценки феномена страха достаточно сложна, многоаспектна и требует учета всех обстоятельств, определяющих специфику его реального проявления.

**Харитоненко М. М.
НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНА ВІЙНА УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ
СЕРЕДИНИ XVII СТ.**

**Харківський національний медичний університет, кафедра суспільних наук
Науковий керівник: кандидат історичних наук Чернуха О. В.**

Національно-визвольна війна українського народу середини ХУІІ ст. (далі НВВ), безумовно, належить до явищ геополітичного масштабу. Її значення далеко виходить за межі українсько-польських стосунків. А тому цілком закономірно, що НВВ користувалася постійним дослідницьким інтересом, особливо в українській, польській та російській історіографіях. Література з проблеми справді величезна. Оформилися й різні конкурентні історіографічні школи. З ХІХ ст. набув сталого характеру розвиток археографії, джерелознавства, а потім й історіографії НВВ. Усе це підвищує актуальність всебічного дослідження в ділянці історіографії НВВ.

Причинами повстання, яке переросло у Національно-визвольну війну 1648—1657 рр., були зростання та зміцнення феодального землеволодіння, посилення панщини (5—6 днів на тиждень), закріпачення селян, утиски польською адміністрацією міщан та дрібної шляхти. Значно погіршилося становище козацтва, особливо після придушення повстань 1637—1638 рр. та прийняття польським урядом «Ординацій», які ставили його під повний контроль польської влади. Продовжувався наступ католицизму та уніатів на православ'я, українську культуру.

Ця війна українського народу мала національно-визвольний, релігійний та антифеодальний характер.

Основу повстанських загонів становило козацтво, якому належала провідна роль у перебігу й керівництві війною. Метою було знищення польського панування; створення в етнічних межах України власної держави; ліквідація кріпацтва, середньої та великої феодальної власності на землю; утвердження козацького типу господарювання. Причини національно-визвольної війни: 1)погіршення становища селянства в умовах засилля магнатів та панщинно-фільваркової системи господарювання; 2) зростання невдоволення українського міщанства, яке потерпало як від приватних власників міст, такі від сваволі королівських урядовців; 3) обмеження прав козацтва, запровадження заходів, спрямованих на ліквідацію його як стану; 4)полонізація української культури, примусове насадження католицизму, що викликало масові протести. Визвольну війну українського народу проти панування Речі Посполитої очолив Богдан Хмельницький.

Заходи Богдана Хмельницького по підготовці збройного виступу: - розіслав універсали до українського народу із закликами вступати до лав козацького війська.; - налагодив виробництво пороху, організував купівлю зброї та боєприпасів; - вів переговори з Туреччиною та особливо - з Кримським ханством; - заручившись підтримкою Туреччини, в лютому-березні 1648 р. у Бахчисараї українські послы уклали угоду з Кримським ханом Іслам-Гіреєм III про військову допомогу у війні проти Речі Посполитої. У такий спосіб гетьман розв'язав проблеми: - відсутності власної кінноти; - уникнення несподіваного нападу татарських і ногайських орд, що було б особливо небажаним під час воєнних дій проти Польщі. Українська національно-визвольна війна пройшла кілька етапів: - I етап (лютий 1648 — серпень 1657 р.) — найбільше піднесення національно-визвольних змагань та соціальної боротьби; -II етап (вересень 1657 — червень 1663 р.) — громадянська війна, що призвела до поділу козацької України на два гетьманства; - III етап (червень 1663 — вересень 1676 р.) — боротьба за возз'єднання Української держави.

У результати феодальне землеволодіння було суттєво обмежене, а кріпосне право знищене.

Чепелюк О.О.

ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО ЗАСНУВАННЯ ХАРКОВА

Харківський національний медичний університет

Науковий керівник: доцент Глебова Л.І.

Вивчення історії є одним із найважливіших чинників формування національної свідомості народу. Тож вивчення минулого своєї країни, а насамперед рідного міста, є дуже актуальним. До сьогодні історики ведуть дискусії про те, коли було засновано місто Харків і звідки його назва.

Історія нашого міста – цікава й багатогранна. У дослідників не виникає сумнівів, що Харків, виник як військова фортеця на місці зливання річки Лопань і Харків.

Найдавнішу за 1630 р. письмову згадку про місто подано в «Описание городов и знатных местечек в провинциях Слободской губернии». У документі «Топографических описаниях Харьковского наместничества» підкреслено, що Харків побудовано за часів московського царя Олексія в 1653 р. У «Наказній пам'яті», від 30 вересня 1654 р. говорилося, що «...черкасы построились в Чугуевском уезде промеж речек Харькова и Лопани». Зараз харківські археологи розкопали залишки фортеці, спорудження якої датовано XIII – XIV ст., а це віддаляє вік міста на кілька століть. Б. А. Шрамко та В. В. Скирда також виводять існування міста від легендарного поселення часів Київської Русі. Таким чином, в історичних документах немає єдиної

дати заснування міста, тому не можуть дійти згоди щодо загальновизнаної дати й історики, у джерелах схилиються до 1654р..

Досить проблемною є і визначення походження назви міста Харкова.

Серед перших авторів, які звернулися до цієї проблеми був російський вчений В.Ф. Зуєв, який відвідав Харків в кінці XVIII ст. і записав легенду про заснування міста та виникнення його назви від «от первого поселенца Харитона». Автором першої наукової гіпотези про найменування міста Харкова був архієпископ Харківської єпархії Д.Г. Гумілевський, у праці «Историко-статистическое описание Харьковской епархии» він писав: «...название реки Харьков было известно еще тогда, когда существовал городок Донец, т.е. в XII в. Отсюда понятно, что город Харьков получил название от реки Харьков». Професор Харківського університету М. Я. Аристов вважав, що Харківське городище – це залишки половецького міста Шарукань, а половецьке слово «Шарукань» нібито перейшло у назву місцевої річки «Харьков», а вже звідси назва поширилася і на місто. На думку І. Ю. Саратова, назва міста походить від назви одного із хорватських племен, а саме – племінного об'єднання черкасів. Слід зазначити, що більшість вчених все ж таки пов'язують назву міста із назвою річки Харків. Вони аргументують свою точку зору тим, що назва річки в джерелах зустрічається набагато раніше, ніж назва міста Харкова.

Харків у своєму розвитку пройшов шлях від невеликого поселення до центру Харківського полку, у XIX ст. – центру губернії, у XX ст. – навіть на деякий час став столицею України. Точно не встановлені дата та походження назви міста, а легенди про його походження додають йому ореолу загадковості. Тож не дивлячись на свою порівняно коротку історію (власне, як місто Харків існує лише з XVII століття) Харків став відомим культурним, науковим і історичним центром Лівобережної України.

Яковцова Т.А.

ЖЕНЩИНЫ-МЕДИКИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Харьковский национальный медицинский университет,

кафедра общественных наук

Научный руководитель Демочко А.Л.

Война застала Любовь Трофимовну Малую в селе Петровеньки. 22 июня 1941 года она была назначена помощником начальника эвакогоспиталя № 1826 по медицинской части и отправлена на Южный фронт. Работа в военное время была тяжелой. Уже с первых дней войны начал расти поток раненых, и уже к концу месяца достиг очень значительного количества. Это делало выполнение врачебных обязанностей достаточно трудным, а иногда и проблематичным. Очень важно было правильно организовать работу. Опыта у Любови Трофимовны тогда было не много, но результаты работы стали видны сразу. Уже в сентябре этого же года Л. Малую переводят в сортировочный эвакогоспиталь № 3416 в г. Луганске, который был в два раза больше предыдущего. Работа была тяжелой, изнурительной, без сна и отдыха, в состоянии полной готовности. Без жесткой самодисциплины, постоянной собранности фронтовой режим было бы просто невозможно выдержать. Всех этих качеств достаточно было у Л. Малой. Она всегда благодарила своего отца, который с детства помог выработать ей организованность и упорство в достижении цели, прилежность и тщательность в работе, ответственность за выполнение поставленного задания. После Южного фронта Любовь Трофимовну перевели в эвакогоспитали Северо-Кавказского, Закавказского фронтов. В ноябре 1943 года после освобождения Харькова она заняла должность помощника начальника лечебного отделения санитарного отдела Харьковского военного округа. Только в 1946 году Л. Малая смогла выйти на гражданскую должность, заслуженно и гордо неся звание майора медицинской службы.

ПЕДАГОГІКА, ПСИХОЛОГІЯ ТА ЛІНГВОКУЛЬТУРОЛОГІЯ

**Абдуманнов Достонбек, Дадаева Фидан
ЛИТЕРАТУРНОЕ НАСЛЕДИЕ АВИЦЕННЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра языковой
подготовки иностранных граждан**

Научный руководитель: преподаватель Дмитриенко Н.Ф.

Авиценна, или Ибн Сина - великий ученый, философ, врач, музыкант. Он жил в Средней Азии и Иране в X-XI веках, был врачом и визирем при разных правителях. На Востоке его называли "аш-Шейх" - Мудрец, Духовный Наставник, или "ар-Раис" - Глава, Правитель, а ещё - "Худжат аль- Хак", то есть Авторитет Истины, а на Западе, в средневековой Европе, он прославился под именем Авиценны.

Поэтические произведения Ибн Сина создавал в разных жанрах, традиционных для восточной поэзии: бейты (двустихия), газели, имеющие одну рифму, лирические стихотворения, касыды (стихотворения хвалебного характера), рубай (афористические четверостишия), поэмы. Сохранились также его прозаические повести. Ибн Сина писал по-арабски и на дари, а также на народных персидском и туркменском языках. Он мастерски применял разнообразные литературные приемы, такие, как аллегория, метафора, метонимия; ввёл в поэзию этические и философские понятия: добро и зло, причина и следствие, сущность и форма, но идеи выражал языком ярких образов:

Душа вселенной - истина: то Бог. А мир есть тело,

А чувства тела - ангелы, верны душе всецело.

А члены тела - вещества, стихии, элементы.

Поэзия Ибн Сины, как и его философские взгляды, полна трагических противоречий. Особенно это касается размышлений о жизни и смерти, о душе, о смысле жизни человека. Эти вечные вопросы явились своеобразным эпицентром, в котором сошлись и медицинская, и философская, и художественная составляющие творчества Ибн Сины.

Тему жизни, смерти и бессмертия души Ибн Сина поднимает и в философских трудах, и в своих рубай. Поэт ставит душу выше тела и говорит, что всё ничтожное, что делает человек, грязнит его душу, и она становится черной. А смерть - это освобождение души.

Олицетворения, аллегория – любимые литературные приёмы Ибн Сины. В его стихах жизнь - это игра, в которой все люди - пешки, мир - доска, а ночь и день - игральные кости. Земля - это временное наше пристанище, а наш истинный дом - на небесах.

Ибн Сина писал не только стихи, но и прозу, оставаясь верным своим философским взглядам.

Литературное мастерство Ибн Сины ярко проявилось и в научных сочинениях. Ученые - арабисты подчеркивают, что "Канон врачебной науки" написан прекрасным литературным языком, что тоже способствовало его славе. Многие мысли сформулированы в виде афоризмов. Кроме того, в соответствии с общей средневековой традицией ряд научных и дидактических трактатов были написаны им в стихах.

Здоровье сохранять задача медицины,

Болезней суть понять и устранять причины.

Ибн Сина и умирал как поэт и учёный. Сохранился рассказ о том, что перед смертью прославленный учёный раздал все имущество бедным, отпустил рабов на свободу и, умирая в полном сознании, прочел стихи:

*Мы умираем и с собой уносим лишь одно:
Сознание, что ничего мы не узнали.*

**Абулиатим Мохаммед Анасс
АРАБСКИЕ КОРНИ В РУССКИХ ИДИОМАХ**

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра языковой
подготовки иностранных граждан**

Научный руководитель: Ковальчук Е.В., Помазун О.В.

Русский язык богат идиомами, то есть выражениями, которые нельзя понимать буквально. ИДИОМА [от греческого *idios* — «собственный», «свойственный»] — это выражение (оборот речи), употребляющееся как некоторое целое, не подлежащее дальнейшему разложению и обычно не допускающее внутри себя перестановки своих частей. Это значит, что смысл фразы не складывается из значений составляющих ее слов. Например, всем известно выражение вот, где собака зарыта. Естественно, речь идет не о собаке и не о закапывании, а о понимании причины некоего события. Можно ли обнаружить в русском языке семантическую связь зарытой собаки и причины явления? Некоторые исследователи считают, что неперебиваемые части идиоматических выражений — это слова арабского языка. Вот где собака зарыта — значит вот в чем причина. Арабское слово *зариат*, созвучное русскому *зарыта*, переводится как причина. Говорят: всех собак вешать, повесили на него всех собак. Но собаки здесь все те же — арабские, и их не вешают. Просто арабское *вишайат* как раз и есть клевета, оговор.

Арабский корень *сбк* означает опережение или предшествование чему-либо. Например, по отношению к животным арабское *сабек* — это лошадь, пришедшая первая к финишу на скачках. Поэтому фраза устал как *сабек* вполне понятна. Потом арабское слово забылось и трансформировалось в наиболее схожее по звучанию русское — в собаку (устал как собака). Причина трансформации в том, что человек больше склонен употреблять легкопроизносимые и понятные ему слова, чем совсем чужие для его языка.

Например, откуда в идиоме Это тебе не фунт изюму (то есть это не так просто) столь странное пренебрежительное отношение к дорогому заморскому продукту? Дело в том, что арабское слово *ъизам* переводится как кости — дешевый и непригодный в пищу человеку продукт.

**Бондаренко Є. Р.
ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОГО СПІЛКУВАННЯ В ПЕДІАТРІЇ.
СИНДРОМ «БІЛОГО ХАЛАТА»**

**Харківський національний медичний університет, кафедра української мови,
основ психології та педагогіки**

Науковий керівник — к.філ.н., доц. Калініченко О.В.

Усі помічають реакцію більшості дітей, коли батьки ведуть їх на прийом до лікаря. У дітей починається істерія, вони просто відмовляються заходити до кабінету, і коли бачать лікаря намагаються втекти. Батьки вважають що на дитину діє атмосфера поліклініки чи лікарні. Але з чим ми зустрічаємося далі? Коли викликаємо лікаря додому, то ситуація повторюється. В один момент було помічено, що реакція

істерії дитини припиняється, після того як лікар знімає халат. Чому так трапляється? Цей синдром відкладається в дитини ще з дитинства, і може повторитися через вплив багатьох факторів, саме на цьому акцентуємо увагу. Давайте для початку згадаємо добрі радянські мультфільми, де персонаж лікаря виглядає добрим, але при цьому в нього є великий шприц, яким він робить ін'єкції, і після них стає боляче. Характерний приклад таких мультфільмів це: «Пригоди Незнайки», « Доктор Айболіт», «Маша і Ведмідь». Також характерно дітям показують, як потрібно реагувати на похід до стоматолога, це можемо спостерігати в «Єралаш» та інших дитячих мультфільмах. Далі «Білий колір» - дуже добре запам'ятовується, і якщо дитині один раз довелося перенести неприємну процедуру, вона постійно внеї буде асоціюватися з людиною в білому халаті. А чому? Відповідь дуже проста - у житті дитина майже не зустрічається з чисто білим кольором, вона постійно бачить багато фарб. А людей у Білих халатах вона може бачити тільки в поліклініці чи лікарні. Також було офіційно доведено, що постійна концентрація зору на білий колір призводить до перенапруження кришталика і яє наслідок, погіршення зору. Таким чином, педіатр і білий халат речі мало сумісні. А тут давайте вже шукати альтернативу, не завжди ж нам працювати без халата. А вихід простий. Це кольорові медичні костюми м'яких кольорів: світло блакитний, світло зелений, рожевий, кремовий, тощо.

Кольоровий костюм на педіатрі дає наступний ефект: 1. Під час процедури костюм лікаря буде привертати увагу дитини, тим самим вона не буде концентруватися на больових відчуттях. 2. Поліклініка повинна асоціюватися в дитини з добрими і яскравими кольорами. 3. Якщо дитина під час процедури відчує больові відчуття. Топідсвідомо в маленького пацієнта не відкладеться те що винен дядько в костюмі, так як у нього і в медсестри, і в всього медичного персоналу костюми різнокольорові, це просто не фіксується у нього в підсвідомості. 4. Різновид кольорів найбільш сприятливі для зору, як дитину так і лікаря. (найсприятливіші зелений і синій).

Якщо раніше і правда, той же похід до стоматолога був болючим, то зараз це абсолютно не так. І тому ми повинні дбати про нервову систему дітей і не піддавати її різними перенапруженнями на етапі її формування. Звичайно можна казати що і нинішній стан лікарень впливає на психологію дитини. Але для початку ми повинні почати з самих собі. Гарне доповнення до костюмів будуть медичні шапочки з різними мультяшними героями. Звичайно хтось може сказати, що це абсурд і лікар повинен серйозно виглядати, а білий халат найбільш серйозна риса. То можна сказати наступне. Педіатр повинен бути серйозний всередині і рішучий у своїх діях. А для дітей лікар повинен бути яскравим привабливим і добрим прикладом. Що б у разі виникнення причини візиту до лікаря, дитина із задоволенням заходила до кабінету педіатра.

Галицька О.І.

РИТОРИКА – НАУКА ПРО ЕФЕКТИВНІ ФОРМИ МОВЛЕННЄВОГО ВПЛИВУ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник: к.філ.н. Скорбач Т.В.

Риторика – це наука про способи переконання, ефективні форми мовленнєвого впливу на аудиторію з урахуванням її особливостей.

Класична риторика – наука про загальні способи переконання у вигідному чи можливому, що ґрунтовані на чіткій системі логічних доведень, майстерність та

мистецтво віднаходити ці способи й користуватися логікою аргументації; теорія художнього мовлення.

Сучасна риторика – це теорія та майстерність ефективного (доцільного, впливового, гармонійного) мовлення. Предметом сучасної загальної риторики є загальні закономірності мовленнєвої поведінки, що діють у різних ситуаціях спілкування, сферах діяльності та практичні можливості використання їх з метою створення ефективного висловлювання. Ефективність мовлення визначається найменшими втратами в процесі його передавання від мовця до слухача у всіх трьох типах інформації, які зазвичай містять мовлення: понятійно-логічні, оціночні, емоційні. Доцільність мовлення – це його відповідність основній меті мовця, мовленнєвому наміру. Впливовість мовлення – це його здатність розбудити розум і почуття, змусити слухача спочатку прислухатися, прихильно та зацікавлено, а потім прийняти те бачення навколишнього світу, яке йому запропонує мовець.

Гармонійна роль мовлення – у необхідності забезпечення найкращого взаєморозуміння між людьми, конструктивного вирішення конфліктів, об'єднання учасників спілкування. Риторика не є замкнутим в собі знанням. Це не тільки академічна дисципліна, предметом вивчення якої є теоретичні питання ораторства. Це й прикладна дисципліна, що має на меті виховання вмілого промовця, який би володів прийомами ораторського мистецтва.

Тому риторика тісно пов'язана з іншими науками. Мовознавство озброює її знання законів, за якими формується й розвивається мовлення. Літературознавство відкриває ораторські закони творення художнього образу словесними засобами. Філософія вводить у світ інтелектуально - духовного пошуку людства, а окремі філософські дисципліни знайомлять із цінностями моралі (етика), законами мислення(логіка). Психолінгвістика допомагає зрозуміти, наскільки вибір слова зумовлено емоційно-вольовим станом людини, які саме лексичні засоби варто використовувати в певних психологічних ситуаціях. Психологія дає змогу ораторові контролювати власний духовний стан та настрої аудиторії. Фізіологія дає знання про мовленнєвий апарат, його можливості та принципи творення голосу. Методика виразного читання, основи режисури та акторської майстерності допомагає ораторові оволодіти голосом і поставою, жестикуляцією та мімікою.

Починаючи із середини минулого сторіччя сучасна риторика переживає чергове відродження. Ця обставина породжена фактом виходу на наочне поле риторики двох видатних «гравців»: теорії або лінгвістики тексту й теорії аргументування. Обидві ці дисципліни об'єднує переважний інтерес не до мови як потенційної системи засобів спілкування, а до безпосередньої дійсності спілкування, що відбувається за допомогою цієї системи, тобто до мовної діяльності.;

Таким чином, виникає питання про взаємозв'язки сучасної риторики й теорії аргументування, вирішення якого має значення як для риторики (бути їй у тіні лінгвістики і, мабуть, не мати великої перспективи, або знайти самостійний статус), так і для теорії аргументування, актуальним завданням якої є побудова загальної концепції аргументування (природа аргументування і її межі, способами аргументування, своєрідність аргументування в різних галузях пізнання й діяльності).

Лінгвістичний і риторичний аналіз мовлення спирається на поза мовленнєві моменти. Це й «поза-і-надлінгвістичний» контекст, який дуже складний і об'ємний. Він не є прямим об'єктом лінгвістики, але служить приводом для спостереження та пояснення фактів мови. Риторика також спрямована на «поза-і-надлінгвістичний» контекст, але на відміну від лінгвістики, для риторики спеціальний і специфічний інтерес представляє координація

будь-яких елементів поза мовленнєвого контексту та ефективності мовної та немовної дії. Інакше кажучи, якщо риторика є лінгвістичним розділом, то лінгвістика не задовольняє запит риторики на знання поза мовленнєвого контексту.

Гольнік Я. В.

РОЛЬ СПІЛКУВАННЯ У ВЗАЄМИНАХ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Науковий керівник: к.філ.н., доц. Калініченко О. В.**

Спілкування – це одна з основних потреб людини. Зростає роль спілкування у тому випадку, коли людина починає хворіти, тоді слово виконує роль ліків. Мета – розкрити питання: спілкування лікаря з оточуючими людьми, хто б це не був, пацієнт, колега чи просто підлеглий.

Тема актуальна через те, що є досить важливим ставлення лікаря до хворої людини, до пацієнта. Бути лікарем – нелегке завдання. Це дійсно важка праця, оскільки вона потребує багато зусиль, уваги до людини, практичних навичок та простого морального розуміння. Ніщо не зрівняється з такою клопіткою роботою, бо не кожен може правильно зрозуміти проблему або встановити діагноз людини та допомогти їй. Лікар є дійсно людиною, що має надати допомогу людині, вислухати, побачити й зрозуміти психологічний та емоційний стан, але понад усе ця професія вимагає правильного, чіткого, логічного, точного, чистого, зрозумілого мовлення. З якою б проблемою людина не звернулася до лікаря, усе починається зі спілкування. Відбувається обмін інформацією, взаємодія. Навіть вислухавши симптоми захворювання, попередній чи остаточний діагноз має бути оголошено зрозуміло до сприйняття пацієнтом.

«Якщо пацієнт буде вирішувати до якого лікаря звернутися, до того, який лікує травмами, до іншого, який лікує ножем, то він насамперед звернеться до того, який лікує словом», – слова великого вченого Гіппократа. Він справедливо зазначав безпосередню залежність між людинолюбством і результативністю професійної діяльності лікаря. Професія лікаря відноситься до типу професій «людина людина». Лікар є суб'єктом, що організовує та керує процесом лікування, у нього повинен бути певний набір особистих якостей таких, як вміння співчувати, бути справедливим, любити людину, поважати її гідність. У роботі лікаря предмет праці – людина, знаряддя праці – людина, продукт праці – також людина. Лікар має бути компетентним, що й ґрунтується на знаннях та досвіді, здатності орієнтуватись у ситуаціях професійного спілкування, розумінні мотивів, стратегії поведінки. Наразі люди дещо забувають про живе спілкування, користуючись ресурсами Інтернету. Пасивне спілкування не дає змоги побачити людину, встановити візуальний контакт, зрозуміти емоційний стан. Це і є проблема сучасного суспільства. Досить мало уваги приділяється живому спілкуванню. Ніщо не може замінити вербальне спілкування. Що може бути краще, аніж поговорити з людиною, відчувати її настрій, допомогти, підтримати.

Таким чином, спілкування – це складний процес, який потребує досить уваги медичного працівника до пацієнта. Людина після діалогу з лікарем має відчувати себе набагато краще, опанувати себе, поліпшити настрій. І лікар, безумовно, може допомогти людині лише при живому спілкуванні і при власному бажанні пацієнта.

Замкова Д.А.

РІВЕНЬ АДАПТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ- ПЕРШОКУРСНИКІВ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник: к.філ.н., доц. Ніколаєва А.О.

Мета: Метою даної роботи було визначення рівнів адаптивності студентів-першокурсників вищої медичної школи.

Матеріали і методи: Було проведено анкетування 30 студентів першого курсу третього медичного факультету. Для анкетування студентів ми використали багаторівневий особистісний опитувальник для визначення адаптивності, що складалася з 84 запитань. Для обробки результатів використовувався набір «ключів», відповідних шкал: «достовірність», «поведінкова регуляція», «комунікативний потенціал», «моральна нормативність».

Отримані результати і висновки: Після ретельного аналізу анкет нами було виявлено, що 33%(10) студентів мали рівень незадовільної адаптації, для яких був характерний низький рівень поведінкової регуляції, певна схильність до нервово-психічних розладів, а також відсутність адекватності самооцінки та сприйняття дійсності. Був характерний низький рівень соціалізації, що свідчить про неможливість адекватної оцінки свого місця та ролі в колективі. Характерний низький рівень комунікативних здібностей, ускладнення в побутових контактах з оточуючими. Процес адаптації перебігає важко. Можливі тривалі порушення функціонального стану. 46%(14) студентів мали рівень задовільної адаптації. Для яких був характерний високий рівень нервово-психічної стійкості та поведінкової регуляції, висока адекватна самооцінка та сприйняття дійсності. Характерний високий рівень комунікативних здібностей. Вони легко можуть встановлювати контакти з оточуючими, неконфліктні. Характерний високий рівень соціалізації, адекватне оцінювання своєї ролі в колективі, орієнтування на дотримання загальноприйнятих норм поведінки. Ці особистості, як правило, мали невисоку емоційну стійкість. Процес соціалізації ускладнений, можливі асоціальні порушення, прояв агресивності та конфліктності. Функціональний стан на початковому етапі адаптації може бути зниженим. 21%(6 осіб) мали рівень гарної та нормальної адаптації. Особистості, які входять до складу цієї групи, можуть досить легко адаптуватися до нових умов діяльності, швидко «входять» до нового колективу, досить легко й адекватно орієнтуються в ситуації, швидко виробляють стратегію своєї поведінки та соціалізації. Як правило, неконфліктні, володіють високою емоційною стійкістю.

Золотар А. О.

СЛЕНГ – СУЧАСНА МОВА МОЛОДІ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник: к. філ. н. Скорбач Т. В.

Лексичний склад нашої мови містить велику кількість сленгових утворень, що відповідають певним соціальним та професійним групам людей. Упродовж часу, коли наша мова перебувала під впливом тоталітарної системи, визнавався єдиний стандарт літературної мови. Проте існування різноманітних діалектизмів, сленгізмів доводить, що мова залишається динамічною системою, яка постійно живе та розвивається.

Дослідження студентського сленгу тісно пов'язане із сучасною молодіжною субкультурою, яка в основному визначається специфікою навчального закладу,

дозвіллям, поведінкою, своєрідністю мови та смаків, популярними напрямками в музиці та ін.

Студентський колектив, реалії студентського побуту, навчання, навколишнє оточення, спілкування між ровесниками інших вузів, почуття гумору також може впливати на формування та життєдіяльність молодіжного сленгу. Найбільш поширена сфера вживання студентського сленгу – це, насамперед, студентський гуртожиток й університет, чи інший навчальний заклад, а також місця дозвілля.

Пласт сленгової молодіжної лексики великою мірою становлять новоутворення (неологізми), які формуються та змінюються разом зі змінами в суспільстві. Сленг – це дуже живе та динамічне утворення, важлива частина мови, яка допомагає «тримати» її «живою». Однією із цікавих особливостей молодіжного сленгу є зміна значення лексем літературної мови, що додає мовленню іронічного забарвлення.

Отже, сленг – лексична інновація в певному культурному контексті.

Каштан К. П.

ПРОБЛЕМИ ПРИСТОСУВАННЯ ПЕРШОКУРСНИКІВ ДО НАВЧАННЯ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Науковий керівник – к.філ.н., доцент Калініченко О. В.**

Актуальність дослідження. Адаптація – це передумова активної діяльності і необхідна умова її ефективності. Вона містить у собі складні, багатогранні взаємини людини з довкіллям. На студентський вік припадає процес активного формування соціальної зрілості, який полягає в здатності кожної молодої людини опанувати сукупність соціальних ролей.

Мета роботи – теоретичне та практичне розширення поняття «адаптація». Задачі дослідження: розширити розуміння процесу адаптації, визначити позитивні риси та значення адаптаційної здатності особистості студента та головні труднощі цього процесу.

Результати теоретичного аналізу проблеми. Під адаптаційною здатністю розуміється здатність людини пристосовуватися до різних вимог середовища (як соціальним, так і фізичним чином) без відчуття внутрішнього дискомфорту і без конфлікту з середовищем. Однак, у цей самий час відбуваються пошуки власного духовного простору, коли загострюється потреба життєвого самовизначення, взаємодія з «іншим», «новим» може породжувати конфлікти, протистояння та викликати неадекватні реакції та оцінки. Адаптація студентів-першокурсників в умовах нового середовища та за умов нової системи освіти у вищих навчальних закладах не завжди проходить успішно і доречним буде виділити наступні головні труднощі: переживання, пов'язані з перехідним періодом: від шкільного до дорослого життя, невизначеність мотивацій вибору професії, недостатня психологічна підготовка до самостійного життя, у необхідності приймати рішення; брати на себе відповідальність за власні дії і вчинки; у пошуку оптимального режиму праці і відпочинку в нових умовах; у налагодженні побуту і самообслуговуванні, особливо при зміні місця проживання (гуртожиток); у відсутності навичок самостійної роботи тощо. Саме нові умови діяльності студента-першокурсника є якісно іншою системою співвідношення відповідальності та залежності.

Отже, процес адаптації передбачає, перш за все, активність самого суб'єкта діяльності, яка вимагає осмислення своїх дій і вчинків, пошуку власних шляхів рішень відповідно конкретним умовам життєдіяльності, аналізу характерних

особливостей і результатів взаємодії (в даному випадку першокурсника) з новими людьми та обставинами.

Клименко А. А.

ГЕНІАЛЬНІСТЬ ТА БОЖЕВІЛЛЯ – ДВІ СТОРОНИ ОДНІЄЇ МЕДАЛІ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник: к.філ.н. Скорбач Т.В.

Щорічно 10 жовтня відзначається Всесвітній день психічного здоров'я. Медики стверджують, що передвісниками всіляких психічних захворювань є стреси та депресії. А шведські вчені встановили зв'язок між творчістю та відхиленнями в психіці. В історії достатньо відомих і геніальних людей, які страждали на ті або інші розлади особистості.

Божевілля та геніальність – це два суперечливі, неймовірно цікаві та до цього часу малодосліджені явища.

Естрагон, герой п'єси "В очікуванні Годо" Самуеля Беккета, стверджував, що "ми усі народжуємося божевільними. Дехто таким і залишається.". За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, зараз у світі налічується більше 450 мільйонів осіб, які страждають на психічні захворювання. Їх зростанню сприяють: надмірний інформаційний потік, політичні та економічні катаклізми тощо.

Досі учені сперечаються, чи є геній вищим проявом людини, якою вона природою задумана, або геній – це форма психо- та інших патологій. Те, що обдарованість схожа на божевілля, помітили ще древні. "Mania" у греків – це і пророчий дар, і поетичне натхнення, і психічне захворювання.

У ході даної роботи ми спробували хоч на малий відсоток зрозуміти та дослідити природу геніальності та божевілля як із психологічної, так і фізіологічної точки зору, а також їх взаємозв'язок.

Отже, розглянуті у взаємозв'язку талант і психічна хвороба, викликають подвійні почуття. Узяті нарізно, вони у всі часи пробуджували в людях почуття не менш суперечливі.

Корнієць А.В.

КУЛЬТУРА МОВЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник : к. філ. н., доц. Фоміна Л.В.

Сучасні інформаційні технології досягли високого рівня впливу на різні соціальні сфери життя людини, зробили її функціонування в соціумі невіддільним від використання засобів науково-технічного прогресу. Така активна взаємодія індивіда з інформаційним середовищем спричинена глобалізацією, яка відбувається впродовж кількох останніх десятиліть. Вплив засобів масової комунікації торкнувся багатьох рівнів мовної системи-лексичного, граматичного, стилістичного тощо. А мовна норма дедалі частіше формується саме на взірцях публіцистичної, а не мовно-художньої практики. В українській мові швидкість появи нових слів, зокрема, з англійської мови, набуває вигляду стихійного лиха. Якщо процес не контролювати, за кілька років наша мова втратить свою автентичність. Молодь використовує сленг, щоб вирізнитися, привернути до себе увагу. Поширення сленгу серед молоді самі студенти пояснюють тим, що саме мова аргументує їм яскравіше висловити свій емоційно-експресивний стан: про прихід нежданого гостя – прітопал, нарісовался; про помилку, допущену

кимось – гонімо, бред. Лексика студентів особливо в останні роки тяжіє до активізації “знижених” лексичних засобів. Сьогодні досконале володіння мовою стає важливим компонентом професіограми фахівців різного профілю. Адже повний вияв професійних обдарувань індивіда відбувається саме засобами мовлення. Лікування для медика завжди залишатиметься мистецтвом. І як мистецтво, вимагатиме від нього розвинутої уяви, інтуїції, гармонії розуму й серця. Слово лікаря є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури й освіченості.

Отже, медик повинен володіти культурою мовлення, зокрема, підбирати мовностилістичні засоби та прийоми відповідно до умов і мети спілкування, передаючи певний психокультурний контекст. Саме це є тим стрижнем, на який нанизуються професійні знання та вміння фахівця.

Кулікова І.І.

СЕМІНАР ЯК ВАЖЛИВА ПЕДАГОГІЧНА СКЛАДОВА НАВЧАННЯ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Науковий керівник – к.філ.н., доцент Фоміна Л. В.**

Освіта сьогодні є складним та важливим фактором розвитку будь-якої сильної держави. Вона не лише формує інтелектуальну еліту суспільства, але і є складовою частиною соціуму як цілісної системи. Освітнє середовище навчального закладу є найважливішим чинником формування професійної компетентності як елемента особистості фахівця. Тому важливим аспектом діяльності освітньої установи є удосконалена та відшліфована організація освітнього процесу, коли це безпосередньо стосується вищої медичної школи. Підготовка сучасного висококваліфікованого лікаря-фахівця неможлива без формування практичних навичок, умінь та волі «усе життя бути студентом». Саме тому вища школа переходить від передавання інформації в готовому вигляді до керівництва пізнавальною діяльністю студентів, формування в них освітнього досвіду. Важливою складовою цієї роботи є семінарське заняття, практика організації якого передбачає самостійну роботу, сприяє оволодінню різними вміннями й навичками щодо професійної культури спілкування. Відповідаючи всім запитам медицини 3 тисячоліття, семінарське заняття сприяє підготовці кваліфікованого, різнобічно освіченого фахівця й спрямоване на підтримку та вдосконалення мовленнєвого іміджу лікаря.

Семінарське заняття передбачає такі принципи роботи: 1) активність, яка проявляється в підготовці над новими завданнями, проектами; 2) комунікативність, яка забезпечує спілкування не лише з викладачем, але й у середині групи; 3) наочність, коли студенти використовують під час подачі матеріалу вже підготовлені проекти. При вивченні гуманітарних дисциплін значна увага приділяється саме семінарським заняттям, тому що зміст і мета практичних занять полягає в обговоренні різних наукових проблем і питань, відбуваються дискусії, круглі столи, студенти готують доповіді й виступи.

Отже, семінарські заняття – один із видів діяльності, що сприяє формуванню мовленнєвої культури майбутніх лікарів.

Літвинов І.О.

ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Науковий керівник: викладач Самолисова О.В.**

Останніми роками спостерігається комп'ютеризація усіх сфер громадського життя. Комп'ютери стають невід'ємною частиною офісів, медичних установ, шкіл,

міцно входять у наш побут. Швидке поширення нових інформаційних технологій стає одним з атрибутів сучасності. Отже, актуальність питання щодо Інтернет-залежності стала причиною вибору теми цієї роботи. У рамках роботи МАН проводилось дослідження, яке проходило в два етапи.

Перше, що ми визначили, – вік, який знаходиться у «зоні ризику». Провівши пілотажне опитування (у якому взяли участь 160 респондентів віком від 14-45 років), отримали такі результати: люди віком від 16-20 років перебувають у «групі ризику». Саме тому цю вікову категорію ми залучили до дослідження.

Другий етап залежав від результатів тестів «Локусу контролю» (за напрямком локусу контролю можна судити про психологічні особливості респондентів: екстернанти впевнені, що їх невдачі пов'язані з випадковістю, інтернанти, навпаки, беруть усю відповідальність на себе), тесту «Потреби у спілкуванні» та тесту К. Янга (результати опрацьовували на офіційному сайті). З отриманих відповідей побачили, що локус контролю не дав чіпких результатів, тому подальший аналіз за результатами цього тесту не проводився. За результатами опитування ми простежили тенденцію: чим вищий показник «потреби у спілкуванні», тим нижчий показник Інтернет-залежності.

Провівши наступне опитування стосовно життя респондентів за межами навчальних закладів, ми побачили, що 76% ліцеїстів відвідують секції і їх показник інтернет-залежності становить 0 %. У студентів, у яких позааудиторне життя - 9%, інтернет-залежність становить 18, 5%. Це змусило зробити висновок: чим більше людина хоче самореалізуватися, тим активніша її життєва позиція. Для цього вона відвідує секції, легко знаходить спільну мову в будь-якій компанії, шукає себе у різних амплуа, відкриває для себе щось нове. Звісно, з таким темпом життя, прагненням вдосконалити себе, не завжди вистачає часу, тому у таких людей і не виникає потреби занурюватись у безмежну мережу Інтернет і блукати там годинами.

Отже, рівень залежності обернено пропорційний рівню потреби у спілкуванні і прямо залежить від якості використання вільного часу. У 2011 році ми вирішили продовжити дослідження й долучити вже іншу вікову категорію. В опитуванні брали участь студенти шостого курсу (60 респондентів), викладачі Харківського національного медичного університету (51 респондент). Результати опитування студентів за тестом К. Янга показали: залежні – 0%, користувачі – 93,33%, «зона ризику» - 6,67%. Результати опитування серед викладачів показали: залежні – 0%, користувачі – 98,04%, «зона ризику» - 1,96%.

Рациональне використання вільного часу впливає на ступінь Інтернет-залежності, оскільки чим активніша життєва позиція людини, тим менше часу вона знаходить для перебування в мережі Інтернет без будь-якої конкретної мети.

Махдаун Сами, Вализода Марджона
ОСОБЕННОСТИ РУССКОГО УДАРЕНИЯ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Научный руководитель: преподаватель Мухортова О.Д.**

Ударение в русском языке не фиксируется главным законодателем правильности – книжным письмом и хранится ненадежно лишь в звуковом общении. В отличие от других языков русское ударение свободно и подвижно. Ударным может быть в принципе любой слог, но, за редкими исключениями (сорока́пятиле́тняя, Пе́тропа́вловская), только один. В нем гласный звучит с силой, ясно и долго, а остальные редуцируются, т.е. ослабляются и сокращаются. От места ударения

зависит произношение всего слова, при переносе ударения произношение меняется: ко́локол /колькл/- колоко́ла /клькѡла/. Смена места ударения помогает различать формы одного и того же слова: (звездá – звѣзды, по́ле – поля́) или само их только и различает: Крыша с грохотом осы́палась (от глагола осы́паться) и Штукатурка осы́палась при каждом сильном дожде (от глагола осы́паться). Ударение различает одинаково написанные слова (омографы): Иди своей доро́гой (своим путем), Дорого́й (милый) друг мой. Ударение может меняться и по другим, не всегда объяснимым причинам. Например, один из уникальных двувидовых глаголов без приставки и суффикса родить дает в качестве НСВ: родíл, родíла, родíло, родíли и в качестве СВ: родíл, родила́, родило, родíли, а также родíлся и родилсѡ, родила́сь, родилóсь, родилíсь и допускаются родíлось, родíлись. Еще более пестра акцентологическая картина в формах прошедшего времени кратких причастий от глаголов СВ на – нять (занять, отнять, перенять, принять, поднять, унять), дающих видовую пару с суффиксом несовершенности (занимать –занять) в отличие от изменять – изменить и большинства других.

Выбор места ударения в строении слова и его роль в произношении, безусловно, не произвольны, просто лишь не познаны определяющие их законы созвучий в интонационно-звуковой гармонии. Однако они создают широкое поле вариативных колебаний, затруднительных не только для иностранцев, но и для самих русских. В силу своей свободы и подвижности русская акцентология составляет особо запутанный клубок противоречий, порождающий неопределенность при установлении нормы. Язык терпеливо сносит смену места ударения, пока сохраняется (для русских, привычных к таким подвохам и ищущим за ними смысловые различия) узнаваемость слова – четкость ударной гласной и редукция остальных.

Основываясь на своих знаниях, чувствах и вкусах, филологи и педагоги устанавливают и насаждают нормы. В случаях очевидных вариативных колебаний они стремятся найти (часто и изобрести) убеждающие людей доводы в пользу одного, устраняя или неохотно признавая другой допустимым, хотя нежелательным, а иногда нормализовать оба, связав их с разными значениями. Однако есть немало примеров того, как структура социума подправляет динамику языка и осложняет работу кодификаторов. Юристы и судьи твердо стоят за при́говор и осужденный, моряки - за компáс и Мурмáнск, горняки - за рúдник и дóбыча, врачи - за рóженица и кóклюш.

Большое внимание борьбе с вариативностью ударений уделяли Ожегов С.И., Никольский Н.Н., Ефремова Т.Ф., Костомаров В.Г..

Тем не менее существует мнение о том, что семантическая кодификация, даже хитроумно поддержанная культурно-историческими доводами от разума и настроения социума вряд ли совершенствует язык. В известной мере она даже мешает его саморазвитию.

Деятельность кодификаторов, ревнителей традиционной правильности и чистоты выражения желательна и полезна, так как однозначная акцентологическая норма дисциплинирует говорящих. Однако сама по себе она совсем необязательно облегчает и украшает наше общение.

Махмудов Эрадж
НАЦИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЫ МИРА
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Научный руководитель: доц. Л.В. Мирошник

Понятие картины мира строится на изучении представлений человека о мире, а сама картина мира является результатом переработки информации о среде и человеке.

Языковая картина мира – это своего рода мировидение через призму языка. Объективная действительность отражается в нашем сознании в понятиях, а понятия выражаются словами. Содержание понятий как формы познания объективной действительности одинаково для всех людей, независимо от того, на каком языке они говорят. Однако способы словесного выражения понятий в разных языках различны (Ср.: рус.ушко иглы – башк. энўкIZE (“глаз иглы)).

Национальная картина мира определяет национальную языковую картину мира. Известно, что в языке эскимосов существует разные слова для обозначения снега: снег летящий, лежащий, тающий, спрессованный, вырезанный в форме кирпича и т.д. Напротив, в арабском языке есть несколько разных обозначений для понятия слова «верблюд»: имеются разные названия для самца и самки, для животных различного возраста, различных качеств, масти. В языке хинди существует несколько наименований определённого вида орехов. В русском языке есть пурга, метель, буран, снежная буря, выюга, поземка, а в английском это разнообразие выражается словом snowstorm. Примеры показывают, что в каждом языке специфически отражаются значимые для национальной картины мира элементы.

Мирадова Гулширин

СИМВОЛИКА СВАДЕБНОЙ ЖЕНСКОЙ ОДЕЖДЫ В ТУРКМЕНИСТАНЕ

**Харьковский национальный медицинский университет, кафедра языковой
подготовки иностранных граждан**

Научный руководитель: преподаватель Ткаченко О.В.

В современном Туркменистане важную роль в исполнении свадебных обрядов и обычаев играет одежда. Национальные туркменские свадебные платья и аксессуары невесты отличаются богатой вышивкой с преобладанием красного цвета, который является символом торжества, изобилия и любви. Каждый элемент свадебного платья невесты имеет символическое значение. Например, вышивка и ювелирные изделия, которые пришиваются на грудь в несколько рядов, выполняют функцию оберегов. При ходьбе украшения издают мелодичный звук и тем самым отгоняют злых духов, которые, по преданиям, сопровождают молодую невесту. Также невесту укрывают с ног до головы накидками, вплетают в свадебный наряд косички из верблюжьей шерсти, зубы свиньи, украшают руки девушки различными талисманами от сглаза.

В свадебном ритуале платок является символом торжества и благополучия. Все молодые женщины и девушки приходят на свадьбу в ярких красочных платках. На свадьбе гостям дарят маленькие платки и носовые платочки. Гость, прикоснувшись лицом к подарку, произносит слова: «Пусть Бог даст вам счастья». Во время состязаний среди мужчин выиграть платок считается самым ценным призом. Свадебный кортеж (раньше состоявший из верблюдов и лошадей, сейчас -- из автомобилей) девушки украшают разноцветными платками, которые затем раздают водителям, родственникам и гостям.

Одним из самых интересных и сложных элементов в свадебном церемониале является обряд смены девичьего платка на женский. Это мероприятие проходит торжественно, весело, шумно и сопровождается символической борьбой между подругами невесты и зрелыми женщинами со стороны жениха. Победу в этой шуточной игре одерживают женщины, в чей стан переходит невеста. Затем на свадебную накидку невесты набрасывают уздечку из сплетенных цветных шнурков «аладжа». Жених трижды дергает уздечку, как бы срывая девичий головной убор, что символизирует покорность молодой жены в их будущей совместной жизни. После

этого голову невесты покрывают большим белым платком, подаренным уважаемой многодетной женщиной. Белый цвет платка является символом замужества, счастья и долголетия. Свой девичий платок невеста передаёт другой девушке с пожеланиями удачно выйти замуж и родить много детей: «Пусть и у тебя будет свадьба!»

Неплях О.В.

СПІЛКУВАННЯ ЯК ФЕНОМЕН У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

**Харківський національний медичний університет, кафедра української мови,
основ психології та педагогіки**

Науковий керівник: к.філ.н. доц. Калініченко О.В.

Психологізація праці лікаря ХХІ століття пов'язана також з індивідуальними особливостями як пацієнтів, так і самого лікаря, з його іншими якостями, досвідом, авторитетом. Ті самі прийоми деонтологічного впливу, що ефективні в одного лікаря, можуть бути зовсім неприйнятні або малоприйнятні для іншого. У цьому й полягає один з найважливіших психологічних аспектів діяльності лікаря. Насправді працювати лікарем може не кожен, тому при виборі професії лікаря важливим є професійний покликання. Стати хорошим лікарем без любові до своєї праці, до хворої людини неможливо. Лікар, байдужий до хворого, до людей, взагалі «глухий» до суспільних проблем, — велике соціальне і професійне зло, за яке дорого відшкодовує суспільство. Адже лікар лікує, не тільки застосовуючи різні медикаментозні засоби, але й впливаючи на хворого власною особистістю. На жаль, морально-психологічні принципи лікарської діяльності, їх деонтологічне втілення ще не вивчені достатньою мірою. У структурі комунікативної компетентності лікаря можна виділити: гностичний компонент; конативний компонент; перцептивно-рефлексивні уміння; емоційний компонент; позитивна Я-концепція; психоемоційні стани, які адекватні вимогам професійної діяльності).

Нурметова Дилноза

ВЫРАЖЕНИЕ ЛЮБВИ В РУССКОМ И ТУРКМЕНСКОМ ЯЗЫКАХ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра языковой подготовки иностранных граждан**

Научный руководитель: преподаватель Баткина М.В.

Слова, выражающие такое чувство, как любовь, есть во всех языках. Всякий человек, желающий сказать о своей любви, сталкивается с определенными трудностями. На примерах из русского и туркменского языков сравним, как в этих языках выражается возникновение любви и отношение носителей языка к этому чувству.

Очень часто причиной возникновения любви выступает положительная оценка объекта, точнее, его внешнего облика, что подтверждается выражениями: любовь с первого взгляда / bir bakyşdaky söýgi. В туркменском языке существует даже словосочетание gowu görmek (дословно — «отлично видеть»), синонимичное слову söýmek (любить). Вместе с тем, эта оценка не формируется путем логических операций, а имеет иррациональную природу, что особенно демонстрируют фразеологические выражения: потерять голову от любви / akyl-huşyňy ýitirmek (сойти с ума).

Показательно, что у влюбленного человека можно наблюдать потерю зрения (слепая любовь, ослепнуть от любви), что еще раз подтверждает визуальную основу возникновения любви. В русском языке имеется группа выражений, в которых влюбленный ассоциируется с пьяным человеком (в русском опьяненный любовью,

пьяный от любви). Эта ассоциация также демонстрирует представление о любви как о факторе, изменяющем обычное (трезвое, здоровое) состояние человека. Показательно, что для носителей туркменского языка представление о любви как о болезни, аномалии не характерно.

Для обоих народов любовь - это стихия, родственная огню по скорости возникновения и распространения, яркости и изменчивости: вспыхнуть, вспылать любовью, страстью / ощутить пламя любви / *söýgi odu*. В русском и туркменском языках для характеристики продолжительности чувства используется множество выражений, связанных со смертью: любить до гроба, любить до смерти, любить до гробовой доски, любить вечно, любовь всей жизни / *ölýänçe söýmek*.

Таким образом, понимание любви как стихии, действующей на человека помимо его воли, влияющей на способность беспристрастно видеть объект любви, общее для русского и туркменского языков, однако для русского человека любовь имеет более противоречивый, порой роковой характер.

Павлічук Є.О

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ ЛЕКСИКОГРАФІЇ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник: к.філ.н., доц. Фоміна Л.В

У складних державотворчих процесах Незалежної України можна виділити вагомі здобутки в розвитку термінологічних систем, як наслідок цього, розвиток власної термінологічної лексикографії. Сучасний етап становлення термінознавства характеризується тим, що основним напрямком роботи в цій галузі є практичний аспект удосконалення термінології. Темою загального обговорення стали сьогодні проблеми функціонування та вдосконалення української медичної термінології. Але в сучасній українській термінології та термінографії є свої недоопрацювання, недовершеність, навіть хиби, тому аналіз здобутків дає змогу проаналізувати причини такого стану.

Нестабільність розвитку української термінології та термінографії обумовлює факт певної залежності українських термінологічних систем від російської термінологічної основи. Були намагання позбутися калькування російських термінів, але поки що вирватися з обіймів російської термінолексики не вдається, бо багато посібників, навчальної літератури, виробничих процесів є російськими. Автори інколи вдаються до новоутворень, використання діалектизмів, що також не сприяє розвитку термінології на належному науковому рівні, наприклад: альвеола – дучка, чарунка, дерматолог – шкірник, клаустрофобія – закритожах, ізолятор - відокремник, лор – вухопролінгоніс.

Останнім часом у термінології виникла велика проблема щодо використання дієприкметників активного стану, наприклад: блукаючий нерв, ведуче колесо, ріжучий диск, тонізуючі речовини, резонуюча камера, лімітуючий режим. В українській мові деякі автори їх уникають. Це перш за все тому, що існує залежність окремих авторів від російської першооснови та широкої відсутності знань світових термінологічних систем. Відчутним є прагнення активізувати природні для української мови стійкі вислови, уникати російських синтаксичних блоків, які, по суті, лише заповнювали українськими словами. Адже в нашому науковому мовленні – і писемному, а частіше в усному – ще чимало канцеляризмів, калькованих з російської. А в ділових текстах, що їх творять науковці, доволі багато неукраїнських конструкцій. Кілька прикладів: ведуча організація (треба: провідна установа), відпала необхідність (варто активізувати: немає потреби), в силу закону (на підставі закону), в

силу обставин (через обставини, з огляду на обставини), в строгому смислі слова (у точному значенні слова), вступати в силу (набувати чинності), завідуючий відділом (завідувач відділу), застерігаємо собі право (залишаємо за собою право), немає смислу (немає сенсу).

Також існує проблема багатовидовості в термінології, наприклад: інгалятор-пародишок, вдихок, паровдишник; гастрит – звина, шлунцовиця; вакцина – щепина, щепка. Більше того, надмірність використання видових змін при окресленні терміна буде порушувати його чіткість, однієї з найважливіших ознак терміна взагалі.

Незважаючи на відсутність протекціонізму та сприяння впровадженню української мови у сферу медицини з боку владних структур і осіб, українська мова у сфері медицини, хоча й дуже повільно, завойовує належні їй позиції. Перепон цьому процесові немає. Потрібна лише усвідомленість нашої адміністративної, наукової медичної еліти в значенні рідної, національної мови як державотворчого, як суспільно-консолідуючого чинника, як фактора морально-патріотичного виховання. Українська медична термінологія проходить надзвичайно відповідальний етап свого формування. І кожний з нас, хто активно оперує мовою, виробляючи ті чи інші слова, форми, конструкції, відповідає за те, якою вона буде структурно, наскільки збережеться її природність, наскільки вона залишиться сама собою.

Паніч Р.В.

ЛІНГВАЛЬНА НОРМАТИВНІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник: к.філ.н. доц. Калініченко О.В.

Бурхливий розвиток медицини на початку третього тисячоліття сприяв виникненню абсолютно нових термінів та понять, тому перед українською лексикографією постає завдання створення нових словників, що у свою чергу вимагає оновлення правил їхнього укладання. Тенденція до систематизації термінів виявляється в прагненні уникнути таких небажаних явищ, як полісемія (багатозначність), синонімія (в окремих клінічних дисциплінах кількість синонімів доходить до 40% від загальної кількості термінів), перевантаженість іншомовними одиницями тощо. Предметом уваги є лінгвальна нормативність термінів – правильність їх утворення та вживання. Таким чином, у вітчизняному мовознавстві останніх десятиліть активно обговорюється статус термінологічного словника як основного джерела нормування галузевої термінології. При цьому, укладаючи навчальний галузевий словник, необхідно виходити з того, що синонімія в термінології небажана. Великий інтерес складають медичні терміни із зменшувальними суфіксами на позначення речей маленького розміру (наприклад, подушечки Ебнерові, сосочок Санторінієв). Для адекватного перекладу автентичної медичної літератури «гарні терміни» повинні бути відокремлені від полісемії, експресивності. Останнім часом спостерігається частковий процес заміни нейтральних назв асоціативними термінами (епонімічний термін «Мальгіпієва мережа» замінений назвою «Чудесна мережа», термін «Галлера ніготь» — синонімом «пташина шпора»). Також при творенні медичних термінологічних словників, особливо анатомічних, доводиться мати справу зі словами-епонімами. У науці епонім — назва явища (наприклад, хвороби), поняття на честь людини, що вперше виявила або описала їх (набряк Квінке, закон Вакернагеля). Епоніми – це невід’ємна складова в назвах структур опорно-рухового апарату, серцево-судинної, нервової, дихальної

систем тощо. Фахівці застосовують терміни-епоніми, що сприяє підвищенню інтелектуального рівня медика, адже в епонімі – частина історії, культури. Якщо говорити про синтаксичні моделі, що використовуються як епоніми-терміни, то в більшості випадків це моделі у двох варіантах: субстантивному та атрибутивному. У ролі субстантивного компоненту можуть виступати: іменники російського походження (горбок, камінь, прикус); іменники греко-латинського походження (стоматит, одонтома, індекс). Для субстантивних епонімів-термінів характерні такі моделі: іменник н.в. + іменник р.в.: хвороба Верльгофа, кухоль Ейсмарха. Численну групу складають термінологічні словосполучення, у складі яких два атрибутивних компоненти (хронічний активний гепатит). Крім того, епонімічним термінам властиве явище синонімії, що перешкоджає адекватному сприйняттю наукової інформації, наприклад: перкусія – вистукування; аускультация – вислуховування. Тому видаються багатосторінкові довідники, що увібрали в себе не одну сотню епонімів, серед яких і рідкісні, назва яких нічого не говорить лікареві про клінічну суть хвороби. На велику увагу заслуговує Тлумачний словник медичних термінів (Литвиненко Н. П., Місник Н. В.). Відомо, що особливістю термінології медичних наук є прагнення до однозначності. Тому постає нагальна потреба створення словника для студентів медичних вузів, який би увібрав у себе необхідний мінімум термінів фундаментальних і базових дисциплін. Виходячи з цього, ученими провідних кафедр Національного медичного університету імені О.О.Богомольця створено “Базовий словник студента-медика” [РУАБССМ], у якому наявний необхідний мінімум термінів фундаментальних і базових дисциплін. Усе вищесказане дає можливість “встановити попередній діагноз”: мова сучасної української науки оперує високорозвиненим термінологічним апаратом, найкращим “профілактичним засобом” для якого стало б остаточне вирішення вищезокреслених термінологічних проблем сьогодення.

Піскарьова А. М., Інгінова К. О., Літвинов І. О., Таранова А. В.
ЗАХОДИ ДЕКАНАТУ ІІ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ХАРКІВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПО ПІДВИЩЕННЮ
ПРАВОВОЇ СВІДОМОСТІ СТУДЕНТІВ

Харківський національний медичний університет, деканат ІІ медичного
факультету

Наукові керівники: проф. Ольховський В.О., доц. Гордієнко Н.О., доц.
Хаустов М.М.

Для розбудови правової держави та громадянського суспільства в Україні важливим є формування нового, вищого рівня правосвідомості та правової культури населення. Зокрема, великого значення у світлі цього набуває правове виховання і правова обізнаність студентів вищих навчальних закладів. Без знань прав, свобод, чинного законодавства еволюційний розвиток жодного суспільства не відбувається. Кожен громадянин повинен знати свої права та обов'язки незважаючи на соціальний статус та рівень матеріальної забезпеченості. Підвищення рівня правових знань, правосвідомості та правової культури серед студентів можливі лише за умови організованого правового виховання. І тому, саме деканати можуть вплинути на рівень правової культури, адже деканат призначений для підтримки, захисту своїх студентів, створення умов для зростання та розвитку особистості, здатної творчо мислити та активно діяти.

Отже, мета даної роботи – підвищення рівня обізнаності студентів 1-го курсу з нормативно-правовими актами у системі вищої освіти та ознайомлення студентів 3-го курсу ІІ медичного факультету з регламентом проведення ліцензійного інтегрованого іспиту «КРОК-1». Під керівництвом професора Ольховського В. О. та заступників декана Гордієнко Н. О., Хаустова М. М. студентське самоуправління ІІ-го медичного факультету провело плідну роботу стосовно інформування студентів першого курсу, щодо вимог нормативних документів вищої школи та третього курсу - стосовно «Порядку проведення ЛП «КРОК-1»» (методика підготовки, права та обов'язки студентів, реєстрація студентів, особливості допуску до іспиту, отримання результатів іспиту, термінів перескладання ліцензійного іспиту та його наслідки).

Першокурсникам та їх батькам був надісланий інформаційний лист-привітання зі вступом у ХНМУ. У даному листі деканат приділив велику увагу наказам МОН України № 161 від 02.06.1993 «Про затвердження Положення про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах» та №245 від 15.07.1996 « Про затвердження Положення про порядок переведення, відрахування та поновлення студентів вищих закладів освіти», згідно з якими відрахування студентів за академічну неуспішність здійснюється у разі невиконання студентом навчального плану до початку наступного семестру. У листі також наголошено на тому, що до деканату слід своєчасно надавати довідки про причини пропусків. Наявність значної кількості пропущених занять з поважної причини, згідно нормативних документів, надає студенту підставу лише на отримання академічних пільг – повторного курсу навчання або академічної відпустки. У зв'язку з чим, деканат звернувся до батьків з проханням контролювати успішність сина/доньки протягом всього періоду навчання в університеті.

Висновки: Високий рівень правової свідомості дозволить студентам озброїтися нормативними знаннями, надасть можливість послідовно, системно та цілеспрямовано здобувати вищу освіту, підвищить правову компетентність студентів, що забезпечить їм впевнено засвоїти професійні знання.

Рахмонов Рустам
РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ КОНЦЕПТОВ «ДРУГ», «ДРУЖБА» В РУССКОЙ
И УЗБЕКСКОЙ ПАРЕМИОЛОГИИ

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Научный руководитель: преподаватель Губарева С.А.

Паремиологический фонд языка представляет собой лингвистическую экспликацию миропонимания народа и его национального характера. В тематически организованных лексемах, вербализированных прототипических ситуациях, отраженных в пословицах и поговорках, репрезентируются различные культурные концепты.

Целью данного сообщения является сопоставительный лингвокультурологический анализ русских и узбекских паремий тематической группы «Дружба», который позволит выявить общее и индивидуальное в двух национальных языковых картинах мира и способах их конструирования.

В ходе исследования было выявлено следующее: – и узбекские, и русские паремиологические единицы зачастую являются метафорической интерпретацией неких реалий; – пословицы обоих языков базируются на инвариантном противопоставлении, которое может выражаться имплицитно – только одним компонентом оппозиционной пары; – в русской лингвокультуре отрицательный компонент концепта «дружба» представлен более обширно, чем узбекской, которая делает акцент на

товарищеских, приятельских отношениях; – узбекские и русские паремии тематической группы «Дружба» отражают наднациональный универсум и идиоэтническую составляющую. Универсальный компонент реализуется в логико-семантической структуре, а национально-специфический – в образно-языковой самобытности.

Актуальность дальнейшего исследования данного вопроса обусловлена некоторыми проблемами переводоведения. Зачастую попытка дословного перевода компонентов паремий неродственных языков оказывается несостоятельной. Оптимальным решением представляется составление паремиологической пары на основе логико-семантической эквивалентности.

Рубаненко Л.А.

СИЛА СЛОВЕСНОГО ПЕРЕКОНАНИЯ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки
Науковий керівник: к.філ.н., доц. Калініченко О.В.**

Лікування для медика завжди залишатиметься мистецтвом. І як мистецтво вимагатиме від нього гармонії розуму та серця. Слово лікаря є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури та освіченості. Сила словесного переконання подеколи не може порівнятися з дією навіть найефективніших медикаментів. Однак користуватися словом потрібно обережно, з добром. Необхідно знати, що, кому й коли говорити. При цьому потрібно враховувати психологічні особливості хворого, його стан, діагноз захворювання.

Велике значення в словесному спілкуванні з пацієнтом посідає звукова культура голосу. Між "що сказати" і "як сказати" не існує альтернативи. І все ж принцип "не нашкодь" вимагає від лікаря бути особливо уважним, обережним у виборі слів.

Не слід висловлювати думки з приводу попереднього діагнозу. Біля ліжка хворого не можна зловживати медичною термінологією.

Односкладні і багатозначні вигукі лякають хворого. Адже хворий прислуховується не тільки до слів, але та до відтінку, голосу лікаря, прагне прочитати свій вирок у його очах. Є слова-табу, які необхідно виключити із словника медика. Скажімо, принизливо людину, яка страждає, називати за діагнозом: діабетик, астматик та ін. Неабияке значення в мовленнєвому етикеті лікаря має так звана "пошання множина", тобто звертання до хворого на "Ви". Адже звертання на "ти" – не що інше, як панібратство, фамільярність.

Отже, слово в мовленні лікаря відіграє виключно важливу роль. Недаремно Гіппократ наголошував: «Існує три типи лікарів. Один з них лікує травами, другий ножом, третій словом. То звернімося до того, хто лікує словом.»

Худайберганов Аваз

ЭПИЧЕСКИЙ ЦИКЛ КЁР-ОГЛЫ (ГОРГОЛЫ) У НАРОДОВ ЗАКАВКАЗЬЯ И СРЕДНЕЙ АЗИИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра языковой подготовки иностранных граждан
Научный руководитель: преподаватель Шафоростова С.Г.**

Епос о Кёр-оглы — удалом джигите из туркмен-текинцев, живущем в неприступной горной крепости Ченлибель, откуда он совершает набеги на земли турецких и персидских феодалов и караваны богатых купцов, раздавая затем добычу своим дружинникам и местным беднякам, сложился в XVII в.

Эпос этот сохранился в формах живого бытования не только у азербайджанцев, туркмен и турок, но и у многих других народов — тюркоязычных (узбеки, казахи, каракалпаки, ногайцы и тобольские татары) и даже нетюркоязычных (армяне, грузины, курды, таджики, среднеазиатские арабы).

Ядро сказаний о Кёр-оглы сложилось в Южном (т. е. иранском) Азербайджане. Очень вероятно, что в этих сказаниях непосредственно отразились исторические воспоминания о так называемом восстании джелалиев и о других подобных движениях на рубеже XVI—XVII вв. при персидском шахе Аббасе I и турецком султани Мюраде.

Армянский историк XVII в. Аракел Тебризский — почти современник указанных событий — называет Кёр-оглы в числе вожаков джелалиев. Некоторые другие имена, известные по песням, также встречаются в исторических хрониках (например, Хасан, Джигали, Мустафа и др.).

Наиболее ранние из дошедших до нас записи песен и преданий о Кёр-оглы (армянского купца Элиаса Мушегяна 1821, И. Шопена в 30-х годах XIX в., А. Ходзько — примерно того же времени, изданы в 1836 г. — по-русски и в 1842 г. по-английски) относятся к Южному Азербайджану. В азербайджанской версии эпос о Кёр-оглы представлен рядом прозаических преданий и приписываемых самому Кёр-оглы песен, в которых он славит свои подвиги. Кёр-оглы в этих преданиях и песнях выступает как тип «благородного разбойника» (наподобие Робин Гуда). Прозвищу Кёр-оглы (буквально «сын слепца», его настоящее имя — Равшан) в преданиях соответствует сюжет ослепления его отца ханом Хасаном или султаном Мюрадом, у которого тот служил конюшим. Он вызвал гнев хана тем, что выбрал в табунах для подарка одному паше неказистых на вид жеребят, происходящих от морского коня и обещающих стать могучими конями-тулпарами. Кёр-оглы и его отец из мести убивают хана и спасаются от погони на этих конях Кирате и Дюрате. Впоследствии на Кирате и при его помощи Кёр-оглы совершает большинство своих подвигов — защищает построенный им в горах Ченлибель от врагов, нападает на ханов или пашей, воюет со своим стойким противником Рейхан-арабом, собирает «дань» с караванов, добывает красавиц для себя и своих джигитов и т. п.

Кёр-оглы наделен чертами настоящего богатыря — бесстрашного воина, меткого стрелка и искусного наездника. Его губительный крик, эпическое обжорство и богатырский сон, в который он иногда впадает после свершения подвигов, а также гигантский рост и аппетит его коня — черты архаические. Одновременно он составитель лирических и лиро-эпических песен, вдохновленный певец-ашуг. Кёр-оглы отличается рыцарским благородством и великодушием.

Эпос о Кёр-оглы во всех его национальных версиях представляет собой преобразование классического героического эпоса. Об этом свидетельствуют само обращение к теме «благородного разбойника» и отчетливое изображение социальных конфликтов феодального общества. Классический героический эпос большей частью ориентирован на племенное или национальное единство перед лицом внешнего врага.

Цвященко Ю.А.

ПСИХОЛІНГВІСТИЧНИЙ АСПЕКТ РЕКЛАМИ МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ

**Харківський національний медичний університет,
кафедра української мови, основ психології та педагогіки**

Науковий керівник – к.філ.н., доц. Фоміна Л.В.

На початку третього тисячоліття галузь фармакології набула значного розвитку. З'явилося чимало нових медичних засобів, а отже, виникла потреба їх

розповсюдження. Найкращий спосіб передачі інформації на сьогодні – різноманітні ЗМІ, а саме реклама у ЗМІ.

Реклама медичних засобів суттєво відрізняється від реклами будь-якої іншої продукції. Обираючи медичний засіб, людина сподівається, що ліки справді їй допоможуть, а не нашкодять. Реклама ліків має викликати почуття довіри, благонадійності. Тому психологічні аспекти реклами надзвичайно актуальні в наш час.

Психологія допомагає створювати таку рекламу, яка справді «працює». Враховуючи потреби та бажання людини, рекламні агенції роблять таку рекламу, яка допомагає продавати товар.

Слід зазначити, що в останні часи набагато частіше зустрічається агресивна реклама. Така тенденція має місце через високу конкуренцію серед фармакологічних фірм. Мета агресивної реклами викликати роздратування й одночасно добре запам'ятися людині. Саме таку рекламу людина пригадує, приходячи до аптеки.

Окремого значення набуває психолінгвістичний аспект реклами, бо слово має великий вплив на людину. Психолінгвістика у рекламі медичних засобів має місце і в назвах, і в слоганах. Наприклад, усе частіше зустрічаються ліки з дуже простими й зрозумілими назвами. На підсвідомому рівні людина довіряє таким засобам набагато більше, ніж тим, які мають складні й незрозумілі назви. Отже, вивчення та аналіз психолінгвістичного аспекту рекламних засобів надзвичайно актуальний у наш час.

Шахуа Исмаил

ПРАЗДНИК ЖЕРТВОПРИНОШЕНИЯ – КУРБАН-БАЙРАМ (Ид аль-адха)

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра языковой подготовки иностранных граждан**

Научный руководитель: преподаватель Шафоростова С.Г.

Праздник жертвоприношения - Курбан-байрам (по-тюркски — прáздник жертвоприноше́ния) — самый большой праздник мусульман. Он отмечается в 10-й день месяца зуль-хиджжа Исламского календаря хиджра (Лунный календарь). Арабское название праздника Ид аль-Адха (араб. عيد الأضحى 'Īd 'al-'Aḍḥā), переводится как «праздник жертвы». В русском языке закрепилось название курбан-байрам (первое упоминание у Афанасия Никитина — курбанть-багрямь). Первая часть этого слова от араб. قربان qurbān «жертва», вторая часть — общетюркское слово байрам «праздник». Так он называется в разных языках, прежде всего в самих тюркских: азерб. Qurban Баугамі, кр. тат. Къурбан Байрамы, Qurban Baugamı, башк. Корбан байрамы, туркм. Gurban baýram, тат. Корбан бэйрэме, Qorban bāyǝrme, тур. Kurban Baugamı, также босн. Kurban bajram. Часто вместо слова байрам употребляется по-разному произносимое араб. عيد 'Īd «праздник»: каз. Құрбан айт, кирг. Курман айт, тат. Корбан гаєте, Qorban ğäyete, узб. Курбон Ҳайит, Qurbon Hayit, тадж. Иди Курбон, уйг. Қурван Ҳайт. Слово курбан происходит от арабского корня КРБ, который несет в себе значение всего, что связано с приближением. Исходя из этого, считается, что сущностью праздника является не столько жертвоприношение, сколько приближение к Аллаху посредством этого обряда.

Мифология этого праздника восходит к известному библейскому сюжету о попытке принесения патриархом Авраамом своего сына Исаака в жертву Богу. Однако на место библейского Исаака мусульманская традиция ставит Исмаила, считая его старшим сыном, а Исаак, по мусульманским представлениям, - второй сын Авраама (по-арабски - Ибрахима).

IHO3EMHI MOBI

Bojarinzeva D.

DIE IMPFUNG. IST DAS WICHTIG ODER NICHT?

Charkover Nationale Medizinische Universität,

Lehrstuhl für Fremdsprachen Gusak E. G.

Die Impfung (oder Vakzination) ist eine vorbeugende Maßnahme gegen Infektionskrankheiten, die ist heutzutage sehr verbreitet. Erscheint die Frage, ist diese Impfung notwendig?

Vor gut zwei hundert Jahren wurde zum ersten Mal geimpft. Die Geschichte der Impfung ist lang und interessant. Man sagt, dass in Indien und China die Leute Vakzination mehr früher begannen. Zuerst Aufgabe der Vakzination war der Kampf gegen Pocken, Infektionskrankheit, an denen etwa 30 % der Erkrankten starben. Edward Jenner hat seinen Impfstoff "Vaccine" und die Technik der künstlichen Immunisierung "Vaccination" genannt. Seit dem haben immer mehr die Impfungen entwickelt. Im 1881 entwickelte Louis Pasteur gemeinsam mit Emile Roux Impfstoffe gegen Milzbrand und 1885 gegen die Tollwut. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wurden systematisch zahlreiche weitere Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten entwickelt und seit 1967 werden unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO) weltweite Impfprogramme aufgelegt.

Also wozu dienen heutzutage Impfungen? Ziel der Impfung ist es, das körpereigene Immunsystem zu befähigen, auf die Infektion mit einem Krankheitserreger so rasch und wirksam zu reagieren. Bei Erreichen hoher Durchimpfungsraten ist es möglich, einzelne Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten.

Um Funktion der Impfung zu erklären, muss ich sagen, dass das Immunsystem Abwehrstoffe (Antikörper) bildet, wenn unser Körper das erste Mal in Kontakt mit einem Krankheitserreger kommt. Wenn unser Körper die Erkrankung erfolgreich überwunden hat, hinterlässt unser Immunsystem Gedächtniszellen. Kommen wir das nächste Mal in Kontakt mit dem gleichen Erreger, aktivieren die Gedächtniszellen das Immunsystem sofort, so dass die Viren oder Bakterien abgetötet werden, bevor die Krankheit erneut ausbricht. Es gibt Totimpfstoffe oder Lebendimpfstoffe.

In unserer Welt gibt es verschiedene schwere Krankheiten, gegen welche benutzt man die Vakzination. Am meisten sind Kinderkrankheiten verbreitet. Das sind zum Beispiel Kinderlähmung und Masern. Die Elimination dieser Krankheit sind erklärte Ziele nationaler und internationaler Gesundheitspolitik.

Es gibt auch Nebenwirkung der Vakzination. Am meisten diese Nebenwirkung ist mäßig. Zum Beispiel nicht ohne Temperatur, einige Schmerzhaftigkeit. Aber nicht selten stoßen Todesfolge. Das ist aktuelles Problem in unserem Land. Vor kurzem sind einige Schüler wegen Impfung gestorben. Und auch die Folge dieses Falles ist, dass viele Leute von Impfung beginnen zu verzichten.

Also ist Impfung gut oder schädlich für die Leute? Neben dem Schutz des Individuums gegen Erreger, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, haben viele Impfungen noch einen weiteren Effekt: Sie führen zu einem Kollektivschutz der Bevölkerung. Da durch wird das Auftreten von Epidemien verhindert und es werden Personen geschützt, bei denen aus medizinischen Gründen eine Impfung nicht durchgeführt werden kann. Bei hohen Durchimpfungsraten können Infektionsketten unterbrochen und Krankheitserreger regional eliminiert und schließlich weltweit ausgerottet werden. Bei einer Krankheit wie dem Tetanus, dessen Erreger im Darm von Tieren und damit auch im Boden vorkommt und der

deshalb nach jederverschmutzten Wundeentstehen kann, besteht ein Schutz nur für Personen mit aktuellem Impfschutz. Selbst eine überstandene Erkrankung an Tetanus garantiert keinen Immunschutz - nur die regelmäßige Impfung ist dazu in der Lage. Durch großangelegte internationale Impfprogramme konnten bisher die Pocken weltweitausgerottet und die Impfung nachfolgende eingestellt werden.

Meiner Meinung nach ist die Impfung sehr wichtig, denn das ist gute Weise den Krankheiten wieder zuzustehen.

Guschwa G.

DIAGNOSE VON MORBUS CROHN

Charkover Nationale Medizinische Universität,

Lehrstuhl für Fremdsprachen Gusak E. G.

Morbus Crohn (MC) - eine chronisch rezidivierende Erkrankung unbekannter Ätiologie, gekennzeichnet durch granulomatöse Entzündung mit Segmentläsionen der verschiedenen Teile des Verdauungstrakts. Die Prävalenz in verschiedenen Regionen der Welt ist sehr unterschiedlich - von 20 bis 150 Fällen pro 100 000 Einwohner. In der ersten Zeile Verwandte von Patienten mit MC Risiko der Erkrankung ist 10 mal höher als in der Bevölkerung.

Anerkennung der Krankheit in entwickelter Form in Gegenwart von Schmerz und typischen Darm-Symptomen, erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit ist nicht kompliziert und basiert auf einer Kombination von endoskopischen, radiologischen und morphologischen Nachweis von fokalen, asymmetrisch, transmurale und granulomatöse Entzündung. Die Auftreten von Darmläsionen sind Bauchschmerzen, Durchfall, Malabsorption, anorektalen Läsionen (Fisteln, Fissuren, Abszesse), rektale Blutungen (selten). Die extraintestinale Symptome sind Fieber, Blutarmut, Gewichtsverlust, Arthritis, Erythema nodosum, Aphthen, Stomatitis, Auge (Iritis, Uveitis, Episkleritis), sekundäre Amenorrhoe bei Frauen. Phase I der Diagnoseergebnisse werden durch Bauchschmerzen gekennzeichnet: Schmerzen stumpf sind oder Krämpfe haben (mit Läsionen des Dickdarms). Maximale Schwere der Schmerzen beobachtet bei Einbeziehung des Dünndarms. Phase II der Diagnoseergebnisse werden Symptome des Magen-Darm-Trakt in Form von Schmerzen bei Palpation des Abdomens (vor allem rund um den Nabel), Poltern, kränkliche Dichtung der terminalen Ileum, Schmerzen, "Plätschern" bei Palpation der Blinddarm angegeben. Gekennzeichnet man Abnahme des Körpergewichts bei Langzeitverlauf der Krankheit. Im Stadium III Diagnoseergebnisse ist die Art und den Umfang von Darmläsionen zu ermitteln und die Schwere von Stoffwechselstörungen und extra-intestinale Läsionen zu beurteilen notwendig.

Bei der Untersuchung können Formen von extra-intestinale Manifestationen von Arthritis der großen Gelenke (Verformung von Joint), Erythema nodosum, Augenschäden festgestellt werden. In schweren Fällen und äußerte Malabsorption-Syndrom sind Symptome von Eisenmangel und Hypovitaminose deutlichen. Im Stadium III Diagnose Suche notwendig ist, die Art und den Umfang von Darmläsionen zu ermitteln, und die Schwere von Stoffwechselstörungen und extra-intestinale Läsionen zu beurteilen. Die endgültige Diagnose ist erforderlich zunächst Endoskopie (Koloskopie) durchführen, so Sie die Schleimhaut des gesamten Dickdarms und terminalen Ileum zu erkunden. Eine Biopsie der Darmschleimhaut zeigt charakteristische morphologische Veränderungen in der Form von Pellets. Röntgenuntersuchung des Darms (Barium-Einlauf, enteropie) in schweren Fällen von der Krankheit zeigt segmentale Darmläsionen.

In den letzten Jahren ist viel Aufmerksamkeit auf die Verwendung von Computertomographie und Magnetresonanztomographie bei der Diagnose von BC bezahlt, aber diese Studien noch nicht in Routine eingegeben.

Leider gibt es Gelegenheiten, bei denen über einen längeren Zeitraum durch häufige Symptome beherrscht sind Fieber, Gewichtsverlust, Anzeichen von Hypovitaminose, unspezifische Laborparameter in der Abwesenheit von lokalen Darm-Symptome, so dass es schwierig ist, eine rechtzeitige Diagnose. Trotz der Exzellenz der Forschungsmethoden, die Diagnose von MC setzen 1-2 Jahre nach den ersten Symptomen.

Das heißt, die Diagnose der Crohn-Krankheit beruht auf einer Reihe von charakteristischen, klinischen und histologischen Anzeichen rentgenoendoskopischen.

Die rechtzeitige Diagnose kann die Entwicklung von Komplikationen zu stoppen

Khromets A. I.

REGENERATIVE MEDICINE RESEARCH VECTORS

Kharkiv National Medical University,

Department of Foreign Languages, Kharkiv, Ukraine

Research advisor - Bogun M. V.

Regeneration means the regrowth of a damaged or missing organ part from the remaining tissue. The process of tissue regeneration is essential to many organisms for a healthy life, from the highly studied axolotl, to human beings. It is the ability of the organisms to be restored and a real miracle occurred in living creatures, but regeneration doesn't happen permanently and together with regeneration there is a lot of degeneration occurred. Scientific researches aim to find ways to suspend, to prevent and to avoid degenerative processes.

Regenerative medicine is an emerging field with the potential to empower medical research and practice. In many ways regenerative medicine has become the leading edge of biomedical research and clinical practice, due to its key implications for the treatment of increasingly prevalent diseases. Regenerative medicine is, by current definition, the process of creating living, functional tissues to repair or replace tissue or organ function lost due to age, disease, damage, or congenital defects.

Signaling by protein called Target of Rapamycin (TOR) – found in humans and most other mammals – is crucial for planaria's flatworms unique tissue regeneration. Disabling the TOR protein in abnormal cells could prevent the cancer growth.

In a recent research report, Yale scientists provide evidence to support a huge paradigm shift in the area of human tissue regeneration from the idea that cells added to a graft before implantation are the building blocks of tissue, to a novel belief that engineered tissue constructs can actually induce or increase the body's own reparative mechanisms, including complex tissue regeneration. Researchers replaced the bone marrow cells of a female mouse with those of a male mouse before implanting the graft into female mice. They found that the cells forming the new vessel were female, meaning they did not come from the male bone marrow cells.

Oral tissue engineering for transplantation to help wound healing in the oral cavity reconstruction has taken a considerable step forward. The research showed that small amounts of patient oral tissue acquired from biopsies cultured and expanded the tissues in vitro over a three-week period.

The presence of newly generated cells in a brain region responsible for processing smells has been revealed in middle-aged and elderly people. The finding adds the evidence that brain cell regeneration continues throughout adulthood in humans. A study of the adult

human brain showed the birth of new neurons in the hippocampus. Doctors had given the patients bromodeoxyuridine (BrdU) to locate areas of uncontrolled cell growth in the body, where cancer lurked. A population of BrdU-positive cells was found in the olfactory bulb, the region at the front of the brain that processes smells. Since the patients ranged in age from about 38 to 70 years, the results revealed that neurogenesis continues in that brain area in adults.

Scientists at Children's Hospital Boston reported achieving the greatest regeneration in the mammalian optic nerve. Research in animal models has revealed many of the factors thwarting nerve regeneration in the mature central nervous system. The Children's scientists have now discovered that two molecular pathways, which each promote some optic nerve regeneration on their own, can work synergistically. By activating these pathways simultaneously in a mouse model, they attained about 10-fold the regeneration seen with activation of either pathway alone. Researchers still must find a way to deliver sufficient levels of oncomodulin to the eye over a prolonged period, or induce its production without inflammation. Assuming nerve fibers from the retina can be made to grow all the way to the thalamus, they will have to go to the right places in the thalamus. In order to have structured vision it's necessary to have topographic representation of visual space onto the brain.

Mentioned researches add evidence to the reliability of regenerative medicine as a very perspective and promising research field which can lead humanity to a big step forward to the solving of the most important physiological issues as well as to a qualitatively and quantitatively better life.

Nesterenko V.V.

HUMAN PERICARDIUM NERVOUS INTERLACEMENTS.

Kharkiv National Medical University,

Department of Foreign Languages, Kharkiv, Ukraine

Research advisor - Kalnitska V.B.

On total preparations of pericardiac bag a dense vasoganglion on a background was found out with small and large glomerular interlacement located on it. The pericardial branches of the left diaphragmatic nerve occupy greater part of front surface of pericardium, while the branches of right diaphragmatic nerve occupy smaller part. The lateral branches of diaphragmatic nerves of different amount and diameter depart from the pericardium on both sides. Branches departed from the top third of the nerve spread to descending direction, in horizontal direction in the middle part of nerve, and in ascending direction in the bottom part. Small and large glomerular interlacements lying on the superficial layer of pericardium appears between the lateral branches of diaphragmatic nerves. Separate nervous barrels depart into the deep layer of pericardium from superficial interlacement and inculcated in a depth, lie between elastics fibres. The separate branches of pericardial interlacement follow either along the vessels or separately. The separate lateral branches of diaphragmatic nerves form a different kind of communication among themselves. Nervous barrels of pericardial interlacement, formed by branches of diaphragmatic nerves, generate the plural crossing of branches. Separate nervous fibres depart from interlacements and form receptor vehicles which are sensible completions of a different kind.

Plenty of large sensible completions were found on the end of terminal fibres outgoing from pericardial nerves. These completions belong to encapsulated group.

Агамирьян Л.В.
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ
ТЕРМИНОЛОГИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии**

Научный руководитель: доц. Зана Л. Ю.

Клиническая терминология — довольно подвижная часть терминологической системы медицинской науки. Условия этой подвижности, продуктивности терминоэлементов создают постоянное развитие науки, возникновение новых понятий, новых методов исследования, диагностической аппаратуры, новых направлений в науке. Клиническая терминология начала формироваться еще в эпоху Гиппократов. Многие клинические термины связаны с его именем. Такие термины как «*succussio Hippocratis*» — Гиппократов всплеск, «*facies Hippocratica*» — Гиппократова маска, функционируют в клинической терминологии и сейчас. Особое место в системе клинической терминологии занимают термины, которые сложились исторически как метафоры, то есть понятия, употребляющиеся в переносном значении, основанном на образном подобии.

Отдельную группу терминов-метафор составляют термины, сформированные на основе ассоциаций с мифологическими образами. Так, мифологический образ лежит в основе термина «*cuscloria*» — циклопия, одноглазие. Циклоп («*Cyclops*») — мифический великан с одним круглым глазом по середине лба. В клинической медицине — это врожденное уродство развития, приводящее к одноглазью. Поныне действующим остается клинический термин «голова Медузы» — *caput Medusae*. Медуза — мифическое чудовище подземного царства. В соответствии с древнегреческим мифом на голове Медузы вместо волос были змеи. Клинический термин «голова Медузы» обозначает характерное расширение окологрупушечных вен передней брюшной стенки, образующееся при застоях крови в воротной вене. Повод для такого сравнения и для создания такого термина дают змеевидные жгуты волос у Медузы. Некоторые латинские переводные наименования были созданы как семантические кальки с соответствующих арабских метафорических обозначений. Таковы, например, «*vermis cerebelli*» — червь мозжечка (у греков данное образование вызывало ассоциацию с другим образом — «*botrys*» — виноградная гроздь); «*orbita*» — глазница (в классической латыни это слово означало «колея», а в древнерусских сочинениях переводилось как «обочина»). Использование метафор, особенно «семейных» образов, для обозначения предметов — характерная черта арабской поэзии. Этим можно объяснить появление необычных для греческого языка и классической латыни средневековых латинских обозначений твердой и мягкой оболочек мозга — «*duramater*» и «*priamater*». Латинское слово «*mater*» означает «мать», следовательно, подлинный смысл этого обозначения — мать мозга, т.е. оболочка выступает как «мать — защитница мозга». При этом «*pria*» буквально означает «любезная, нежная», что хорошо сочетается со словом «мать».

Таким образом, мы рассмотрели лишь небольшую часть терминов клинической терминологии, базирующихся на мифологической основе. Но даже из краткого обзора очевидна роль древних языков в формировании медицинской терминологии. В современных вузах медицинского профиля изучение античной культуры максимально упростилось, хотя с древних времен латинский и греческий языки, античная литература, философия были в числе предметов, которые изучались в высшей школе, и их практическое значение для студента-медика трудно переоценить.

Гончаренко М. Н.
МЕРТВЫЙ ЯЗЫК ИЛИ ЖИВАЯ ЛАТЫНЬ?
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии
Научный руководитель: зав. каф., к.ф.н. Ионенко И.Р.

Латинский язык, являясь неотъемлемой частью европейской культуры, прочно вошел в нашу повседневную жизнь. Латынь – это профессиональный язык юристов, медиков, фармацевтов, политиков и ученых. Более полутора тысяч лет латынь была языком культуры и письменности, единственным языком науки и международных отношений почти во всех странах Европы. Это господствующее положение латыни, когда латинская грамматика и грамматика вообще стали синонимами, сказалось на системе многих европейских языков, в том числе и славянской группы. Ежедневно мы употребляем латинизмы, зачастую даже не задумываясь над их происхождением и первоначальным смыслом. Целью работы стало изучение этимологии, истории и смысловой нагрузки широко используемых слов из традиционно «студенческой лексики», связанной с образовательным процессом: студент, университет, коллега, семинар, термин, каникулы, стипендия, доцент, кандидат, профессор, бакалавр, магистр.

На лингвистических примерах в работе продемонстрировано, что разговорная лексика латинского происхождения широко используется студентами в повседневной жизни. Сделан вывод о том, что без минимальных познаний в латинском языке, без понимания общеизвестных латинских выражений, пословиц и крылатых фраз уже невозможно представить современного образованного интеллигентного человека. Таким образом, латинский язык в жизни студента-медика это не просто одна из академических дисциплин, преподающая медицинскую терминологию, а источник знаний об окружающем мире, мудрость, расширяющая наш кругозор и воспитывающая высокую нравственность.

Деликатная И.С.
МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии
Научный руководитель: доц. Зана Л.Ю.

Метафора отражает в терминологии определённую языковую картину мира, а поскольку система медицинской терминологии динамична, в ней сохраняются также и архаичные фрагменты. Вопрос о роли метафоры в формировании, структурировании и функционировании анатомической терминологии остаётся открытым. Это в совокупности с эффективностью использования метафор в современной медицине свидетельствует об актуальности данной темы. Целью работы является определение роли метафоры в формировании, структурировании и функционировании анатомической терминологии, выявлении специфики языковой картины мира, отражённой в терминах-метафорах анатомической терминологии. Анатомическая терминология формировалась в течение многих веков на основе двух классических языков: греческого и латинского. Современная номенклатура состоит преимущественно из латинских слов. При распространении латинских терминов в странах Северной и Центральной Европы они принимали языковые особенности этих стран. В наиболее общем виде лексические парадигмы русской анатомической терминологии представляют собой номинации систем человеческого организма:

костей и системы скелета, мышечной, пищеварительной, дыхательной, мочеполовой, сердечно-сосудистой, лимфоидной, нервной систем, органов чувств и общего покрова. Анатомическая терминология базируется на конкретной лексике, которая используется при метафоризации единиц различных семантических сфер. К основным источникам метафоризации в анатомической терминологии относятся:

-номинации элементов ландшафта скуловая яма (*fossazygomatica*), суставной бугорок (*tuberculumarticulare*), питательный канал (*canalisnutricius*);

-флористические метафоры, в числе которых функционируют все основные части растения, отражающие стадии его развития: корень (*radix*), отросток (*processus*), кора (*cortex*), лист (*folium*), плод (*fructus*);

-зооморфные метафоры, также представленные преимущественно номинациями частей тел животных: крестцовый рог (*cornusacrale*), крыло сошника (*alavomeris*), лобная чешуя (*squamafrontalis*). Стоит отметить, что в группе названий частей тел животных доминируют специфические выступы, значительно изменяющие силуэт объекта: рог, гребень, хвост, крыло;

-семантическое поле артефактов является наиболее продуктивным и детально разработанным: а) орудия труда и предметы быта: молоточек (*malleus*), наковальня (*incus*), сосуды нервов (*vasanervorum*), б) одежда и её детали: лобная пазуха (*sinusfrontalis*), ременная мышца (*musculussplenius*), шов нёба (*suturapalatini*), в) оружие и снаряжение, названия элементов конской сбруи и старинного снаряжения: сухожильный шлем (*Galeaaponeurotica*), турецкое седло (*sellaturcica*), стремённый нерв (*nervusstapedius*), г) строения и их элементы: пирамида (*pyramis*), водопровод головного мозга (*aqueductuscerebri*), вход в глазницу (*apertureorbitalis*), д) музыкальные инструменты: барабанная струна (*Chordatympani*).

-антропоморфная метафора представлена незначительным количеством примеров: головка кости (*caputossis*), губа (*labium*), двенадцатиперстная кишка (*duodenum*), заднее брюшко (*venterposterior*), шейка матки (*cervixuteri*), спинка седла (*dorsumsellae*). Доминирующий тип при семантическом способе терминологического образования – возникновение термина в результате переноса по внешнему сходству и функции. Основной тенденцией метафорического образования терминов является антропонимизация – уподобление специальных понятий общеупотребительным, связанным с человеком, со всеми областями его физической, психической и социальной жизни. Кроме того, обозначение специальных понятий названиями вещей, связанных с бытом человека, также может рассматриваться как проявление указанной тенденции.

Исаева Н. П.

ЛАТИНИЗМЫ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии**

Научный руководитель: Полянская Е.М.

Влияние латинского языка на становление и развитие лексического состава языков индоевропейской семьи широко известно. Древние племена, предки англосаксов, населявших северную часть Центральной Европы, вели торговый обмен с Римской Империей, воевали с ней, сталкивались с римскими купцами и заимствовали у римлян ряд слов и выражений. Помимо этого, Британия являлась колонией Римской империи с середины I века н.э. и до начала V века. При этом латинский язык был официальным языком британцев.

Примерно с 5 века н. э. стремительно развиваются новые европейские национальные языки, которые заимствуют огромное количество слов из латыни. Не избежал этой участи и английский язык. Несмотря на то, что английский язык не входит в состав романской группы, а принадлежит к германским языкам индоевропейской семьи, около 70 % слов – заимствованные. Латинский язык остается не только в медицине, юриспруденции, исторических текстах, но и встречается в быту.

Наиболее употребляемые латинизмы в английском языке:

a.m. – antemeridie – время до полудня

p.m. – postmeridie – время после полудня

e.g. – exempligratia – в качестве примера

etc. – etcetera – и так далее

A.R. – annoregni – год царствования

NB – NotaBene – заметьте хорошо (обратите внимание)

v.v. – viceversa – наоборот, против

C.V. – curriculumvitae – биография

Personanongrata – нежелательное лицо

Большое влияние на английский язык оказали латинские пословицы и афоризмы, но следует отметить, что в большинстве случаев в литературе употребляются латинские сентенции не в первоначальном виде, а в переведенном английском варианте.

What is done cannot be undone – Factum fieri infactum non potest – Чтосделано, тосделано.

It is humane to make a mistake, it is stupid to persist in it – Errare humanum est, in errore perserverare stultum – Человекусвойственноошибаться, ноупорствоватьвошибкахглупо.

Man proposes but God disposes – Homo proponit, sed deus disponit – Человекрасполагает, аБограсполагает.

Silence gives consent – Qui tacet – consentire videtur – Молчание – знаксогласия.

Art is long, life is short – Ars longa, vita brevis. – Жизнькоротка, искусствовечно.

All I have, I carry with me – Omnia mea mecum porto. – Всесвоеношуссобой.

Несмотря на то, что латынь считается мертвым языком, огромное количество лексики, афоризмов, аббревиатур используются в современной английской речи и ныне.

Корниец А. В.

ДРЕВНИЕ О МУДРОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии**

Научный руководитель: доц. Зана Л.Ю.

Mens sana in corpore sano summum bonum est.

Однажды Сократа спросили: «Что является для человека наиболее ценным и важным в жизни — богатство или слава?». Великий мудрец ответил: «Ни богатство, ни слава не делает еще человека счастливым. Здоровый нищий счастливее больного короля!». Хорошее здоровье – один из главных источников счастья и радости человека, неоценимое его богатство, которое медленно и с трудом накапливается, но которое можно быстро и легко растерять. Идеи укрепления здоровья, борьбы за долголетие волновали умы выдающихся деятелей науки и культуры всех времен и

народов. Древние народы использовали гимнастику, плавание и обливание водой разной температуры. Отец медицины великий Гиппократ, проживший 104 года, проповедовал гимнастику, занятия спортом, закаливание водой и солнцем, прогулки, умеренность в питании. Известный греческий писатель и историк Плутарх называл гимнастику, кладовой жизни, а философ Платон писал: «Гимнастика есть целительная часть медицины». Великий врач Древнего Рима Гален в своих трудах неоднократно упоминает, что он тысячи и тысячи раз возвращал здоровье больным посредством упражнений. Интересно, как Гален исцелял ожиревших и немощных патрициев. Он заставлял их косить траву, копать землю, рубить дрова. Эти простые средства снижали массу тела, укрепляли сердечнососудистую систему, избавляли от одышки, способствовали сохранению здоровья. Аристотель писал: «Ничто так не истощает и не разрушает человека, как продолжительное физическое бездействие». Мудрый Сократ, закаляясь, ходил босиком по снегу. Древнегреческий философ и математик Пифагор, считал, что спорт является важным помощником в умственной деятельности человека. Великие врачи Древнего Рима Цельс и Асклепиад считали основными средствами укрепления здоровья человека закаливание водой и солнцем, диету, музыку и даже декламацию. Вольтер говорил: «Движение — это жизнь» и указывал, что человек может избежать многих болезней регулярными физическими упражнениями, трудом и умеренностью в еде.

Духовное здоровье не менее важно, чем физическое, на что указывали уже древние. Мысли и мнения античных врачей, которые были также и философами, мы знаем преимущественно из сохранившихся письменных источников. Поэтому, изучая на занятиях латинского языка крылатые фразы и изречения древних авторов, мы приближаемся к пониманию важности вопроса о сохранении здоровья и его поддержании в течение жизни: «*Menssanaincorporesanosumnumbonumest*», «*Valetudoestbonumoptimum*», «*Optimummedicamentumquiesest*» и многие другие.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что вопрос о поддержании здоровья был актуален на протяжении всего существования человечества. Не одно поколение философов, мудрецов, мыслителей исследовали эту проблему и пришли к выводу, что нет ничего драгоценнее здоровья человека. Для нас, медиков, эта проблема является очень актуальной, ведь здоровый врач сможет приложить все свои усилия к восстановлению здоровья слабого и больного. Мы должны следить за состоянием своего здоровья и быть примером для своих пациентов.

Панченко Д.В.

ЭТИМОЛОГИЯ НАЗВАНИЙ НЕКОТОРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ.

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии
Научный руководитель – доц. Зана Л.Ю.**

В нашей работе рассматриваются особенности наименований химических элементов, которые входят в состав названий кислот, оксидов, солей и широко используются в фармацевтической терминологии.

Наиболее древние химические элементы и их названия были открыты не интернациональным научным сообществом, а известны в разных странах еще с давних времен. Некоторые элементы названы латинскими или греческими словами и соответствуют свойствам простых веществ. Чаще всего, подобные названия связаны с цветом веществ, запахом соединений, определенными уникальными физическими свойствами или широко известными веществами, образованными этими элементами.

Например, хлор получил свое название от греческого слова χλωρός (Хлорос), означающего «зеленый» (хлор при нормальных условиях представляет собой газ желто-зеленого цвета). Йод от греческого ιώδης (Йодес), означающего «фиолетовый» (такой цвет имеют пары и некоторые соединения йода). Хром назван греческим словом χρῶμα (Хрома), переводится, как «цвет». Это название возникло вследствие того, что соли и оксиды хрома окрашены в различные цвета, начиная оранжевым и заканчивая черно-фиолетовым. Более поздние элементы зачастую получали названия, связанные не с их цветом, а с их спектральными линиями. К примеру, рубидий получил свое название по латинскому слову rubidus (красный), так как большая часть его спектральных линий лежат в красной части спектра. Аналогично получил свое название цезий (лат. caesius, «голубой»). Интересно происхождение названий «празеодим» и «неодим». Эти слова составлены из греческих корней πράσιος («светло-зелёный») и νέος («новый») и корня δίδυμος, означающего «близнец». Эти названия обусловлены тем, что эти два элемента были открыты совместно, как «близнецы», будучи выделенными из руды лантана. Празеодим, выделенный первым, получил часть своего названия по цвету своих солей, а неодим был выделен чуть позднее. Также, к этой группе элементов относятся бром и осмий, названные так из-за своих специфических, достаточно неприятных запахов (корень бромос по-гречески означает «зловонный», а корень осмо – «запах»). Примером элементов, названных по их специфическим свойствам, является фтор. По своей природе фтор – самый сильный существующий окислитель. Вещества, его содержащие, обычно очень едкие, а плавиковая (фторводородная кислота) разъедает даже стекло. Благодаря этому свойству фтор получил название Fluorum от греческого φθόρος – «разрушение».

Часть элементов названа в честь географических объектов и небесных тел: медь – cuprum (от латинского названия Кипра – Cyprium, где уже в III в. до н. э. существовали медные рудники и производилась выплавка меди.), германий (назван в честь родины химика К. Винклера, открывшего его), галлий (устаревшее название Франции – Галлия, которое дал химическому элементу ученый Лекок де Буабодран), стронций (деревня Стронциан в Шотландии, где был открыт минерал), эрбий, тербий, иттрий, иттербий (четыре элемента названы в честь деревни Иттербю, в которой был расположен научный центр), рутений, открытый в России, получил в честь нее и свое название, которое по-латински звучит как Ruthenia, европий, гольмий, лютеций (латинское название Парижа – Luthetia), гафний (Hafnia – латинское название Копенгагена) и т.д.

Таким образом, мы попытались раскрыть значение и происхождение названий некоторых химических элементов. В перспективе наше исследование может быть углублено и дополнено рядом других названий и служить дополнением к темам занятий по фармацевтической терминологии.

Плехова О.О.

ORGANVERPFLANZUNG: LEBENSRETTUNG ODER ZERBRECHEN

Charkover Nationale Medizinische Universität,

Lehrstuhl für Fremdsprachen E. G. Gusak

In den vergangenen Jahren entwickelten sich Organtransplantationen zu einem Routineverfahren.

Durch die Transplantation von Organen können menschliche Leben gerettet und deutlich verlängert werden, aber man kann auch das Leben verlieren.

Herz, Lunge, Leber, Niere und Bauchspeicheldrüse sind Organe, die am häufigsten gespendet und anderen Menschen übertragen werden können. Leider gibt es in Deutschland und in der Ukraine wesentlich weniger Organspender als Patienten, die eine Transplantation benötigen.

Heute sind Organtransplantationen gängige medizinische Praxis. Während die Gesundheitsministerien der Ukraine und Deutschlands mit Werbekampagnen die Bürger zum Spenden von Organen zu motivieren versuchen und viele Menschen von der Organspende als einem "Akt der Nächstenliebe" sprechen, werden auch kritische Stimmen laut: Ist der Spender eines Organs wirklich "tot", wenn ihm die Organe entnommen werden? So ist es uns klar, dass Organverpflanzung sowohl Vorteile als auch Nachteile hat.

Vor allem ziehen wir in Betracht, dass viele Menschen verschlebt werden. Und die kriminellen Personen und die Organisationen können die Organe den gesunden Menschen entnehmen und illegal verkaufen.

Dagegen spricht auch, dass die Kirche die Organverpflanzung abfällig beurteilt und für unmoralisch hält, weil die Menschen so lange leben sollen, wie Gott lässt.

Man sollte auch das ganze Leben die Medikamente einnehmen. Und heutzutage ist nicht nur die Operation selbst sehr teuer sondern auch die unterstützenden Medikamente. Zum nächsten Contra-Argument gehört das Risiko der Ablehnung des transplantierten Organs.

Doch, wie man sagt, es gäbe in jedem Schlechten auch etwas Gutes. Unter den Vorteilen der Organverpflanzung sind zu nennen: die Rettung des Lebens, die Verlängerung der Lebenszeit, Vorsicht und Entwicklung der Medizin, Organspender kann Geld verdienen. Ich möchte noch Folgendes hinzufügen. Laut Umfragen befürworten 80 Prozent der Deutschen Organspenden, haben aber nur rund zwölf Prozent einen Spender-Ausweis.

Im Vergleich zu allen anderen Organen werden weltweit Nieren am meisten transplantiert. Auf diesem Grund habe ich die Entscheidung getroffen, Deutschland und die Ukraine nach dieser Kennziffer zu vergleichen. In Deutschland warten derzeit mehr Menschen auf eine neue Niere als gespendete Organe zur Verfügung stehen.

Ich kann bemerken, dass in Deutschland verschiedene Organe zum Beispiel Niere, Leber, Herz, Lunge und andere jedes Jahr verpflanzt werden, doch die Niere steht an der Spitze dieser Liste. Die Zahl der Nierenoperationen liegt in Deutschland bei zwei Tausend.

In der Ukraine dagegen wurden 2010 nur 37 Operationen gemacht. Überraschend ist auch, dass im Jahre 2000 nur eine Niere transplantiert worden ist, während es in Deutschland Verpflanzungen gab. Moderne Technologien bleiben nicht stehen und heute kommt die Alternative der Verpflanzung der natürlichen Organe vor und zwar die der unnatürlichen Organe. Das erste unnatürliche Organ ist von schwedischen Chirurgen verpflanzt worden. Es war die Luftröhre.

Aus all dem kann ich die Schlussfolgerung ziehen, dass unser Leben so zerbrechlich, wie diese Steinpyramide ist und der Verlust eines einzigen Elements zum eigenen Tod oder zum Tod anderer Menschen führen kann.

Теплякова А. С.
ЭПОНИМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ
Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии
Научный руководитель: Литовская А.В.

В каждом языке существует множество необычных лингвистических явлений. Одним из примеров таких явлений выступают эпонимы. Согласно «Словарю лингвистических терминов» Д.Э. Розенталя, «эпоним» (греч. eponymos — дающий

свое имя) – это лицо, от имени которого произведено название народа, местности, явления. Например: Америго Веспуччи (Америка), Колумб (Колумбия).

Эпонимы нередко встречаются в повседневной жизни. Довольно часто мы слышим такие эпонимы, как "сэндвич" или "бойкот". Первый назван в честь IV графа Сэндвического Джона-Монтегю, который изобрел рецепт популярного сегодня фаст-фуда, а второй получил имя английского управляющего-эконома Чарльза Бойкота, ценовая политика которого вызвала в 1880 году народный протест.

Довольно много эпонимов в анатомической, клинической, гистологической терминологии. Например, в анатомии используются такие термины-эпонимы, как вальдейера артерия (*colica media accessoria*), атланта позвонок (*atlas*), боталлов проток (*ductus arteriosus*) и др. Так, венозный угол (*angulus venosus*) – место слияния подключичной и внутренней яремных вен в латеральном треугольнике шеи, – назван в честь выдающегося хирурга и анатома Н. И. Пирогова (1810—1881). Первый шейный позвонок, атлант, – назван по имени мифического титана Атланта. Гайморова пазуха (*sinus maxillaris*) – верхнечелюстная пазуха, которая открывается в средний носовой вход – получила название по имени английского врача Натаниэля Гаймора (англ. Nathaniel Highmore), впервые описавшего её заболевания. Боталлов проток – кровеносный сосуд, который соединяет легочной ствол плода с аортой, – назван по имени итальянского врача XVI века Л. Боталло.

Используемые в анатомии эпонимы многочисленны, но из-за стремления к универсализации в анатомической номенклатуре они не представлены. Это может вызвать некоторые трудности у изучающих анатомию, ведь знание эпонимов делает изучение анатомии более полным, понятным, интересным и осмысленным.

Клинические эпонимы – название явления (например, болезни), понятия, структуры или метода по имени человека, впервые обнаружившего или описавшего их (отёк Квинке, закон Вакернагеля, символ Кронекера). В каждой стране существуют свои клинические эпонимы. Так, заболевание, именуемое в Турции «синдром Бехчета», в соседней Греции известно как «синдром Амантиадеса». Болезнь фон Базедова, известна под этим названием немцам, австрийцам, французам и восточно-европейским медикам; в Британии и в её бывших колониях именуется «болезнью Грейвса», в Италии – «болезнью Флаяни», в Ирландии – «болезнью Парри». Как видим, изучение эпонимов дает возможность осуществлять на практике принцип диалога культур.

В справочнике В.Я. Глотова приведено множество эпонимов из терминологии акушерства и гинекологии. Например, "операция Александера-Адамса". Это операция укороченных крупных связок матки при опущении и выпадении тела матки. Данная операция носит имя двух ученых, которые облегчили в момент проведения операции доступ к круглым связкам, основанный на укорочении круглых связок.

Несмотря на многообразие исторических судеб различных эпонимов, они сохраняют свое значение и в наше время, так как их характер и сущность не изменились. Именно поэтому интерес к эпонимам никогда не иссякал. Изложенное выше не оставляет сомнений в важной роли эпонимов в современной медицинской терминологии.

Фарзуллаев Н.Н.

КОМПАРАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАТИНСКОЙ И ТАЛЫШСКОЙ ЛЕКСИКИ

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра латинского языка и медицинской терминологии**

Научный руководитель – Дюрба Д. В.

Латинский язык принадлежит клатино-фалисской ветвииталийских языковиндоевропейскойязыковой семьи. Сначала латинский язык был языком

племени латинов (Latini), но в связи с историко-политическими событиями стал языком Республики, и позже – Империи. Латинский язык имел огромное влияние на языки народов и племен, находящихся на территории Римской империи. После распада Империи, латинский язык оставался языком науки и международного общения вплоть до XIX века. Также в настоящее время латинский язык служит источником для образования международной общественно-политической и научной терминологии.

Целью нашей работы является компаративное исследование, прояснение некоторых особенностей происхождения, развития и этимологии лексики латинского и талышского языков.

Талышский язык – язык Северо-Западной ветви иранских языков индоевропейской языковой семьи, язык одного из народов Азербайджана, родственен к осетинскому и персидскому. Талышский не является официальным и государственным языком, поэтому фактически не имеет профессиональной терминологии, в связи с этим лексические образцы для сравнения – названия органов, частей тела и некоторые слова из общеупотребительной бытовой лексики.

В работе приведены слова латинского (лат.) и талышского (талыш.) языков, также приведена для сравнения лексика английского (англ.) языка, относящегося к германской семье индоевропейской группы языков, и лексика азербайджанского (азерб.) языка – языка тюркской языковой семьи, а также персидского (перс.), языка иранской группы индоевропейской языковой семьи.

Так, например, глагол быть в 3 лице единственного числа настоящего времени в лат. – est, в тал. и перс. – hest, hese, в англ. – is. Лат. pes, pedis – нога, стопа, в талыш. ро, на англ. – foot. Лат. novus – новый, талыш. нў, но, в азерб. yenі англ. new. Лат. mensis – месяц, тал. mang , англ. month, но в азерб. ay. Лат. dens, dentis – зуб, тал. dondun, англ. tooth, азерб. diş. Лат. video – видеть, тал. vinde, англ. see. Лат. voco – говорить, тал. vote, англ. say, азерб. demək. Лат. nomen – имя, в иранских языках – nom, англ. name, азерб. ad. Лат. morior – умирать, в иранских языках – marde, англ. die, азерб. olmek. Лат. deus – бог, господин, тал. Hıdo, перс. Xuda (от древнеиранского Hoday (дозороастрийское имя Бога, возродилось исламскими миссионерами)), англ. God. Лат. tu – ты, тал. ti, англ. you, азерб. – o.

Схожи также числительные: лат. duo – два, тал. di, англ. two –; лат. decem – десять, тал. и перс. da, англ. ten, азерб. on; лат. novem – девять, тал. nav, англ. nine, азерб. yenі; лат. viginti – двадцать, тал. vist, англ. twenty, азерб. igirmi.

Интересными по происхождению являются слова: angulus – угол (происходит он от праиндоевропейского глагола anq, ang, гнуть, погибать; от него же происходит тал. anqışta – палец («загибающийся»)); fundus – дно, основание – происходит от bhun. В талышском – bin, здание, строение – bina; cutis – кожа, талышское cuti – сверху (на поверхности); manus – рука и талышским manqol, misqol – ладонь; os (греческое oste) и талышское astə – кость; brachium (b-p) и талышское Pəl, pəhlu – плечо.

Сходство обнаруживается также в словах, обозначающих родственные связи: лат. mater – мать, тал. mo, moa, перс. – madar, англ. mather, азерб. ana; лат. pater – отец, тал. роa, перс. pedar, англ. father, азерб. ata.

Проанализировав лексический материал, мы обратили внимание на особенности двух индоевропейских языков. Сравнивая их, мы пришли к выводу об очевидной связи латинской и талышской лексики. Компаративное исследование дало нам возможность увидеть парадигму изменения терминов, что актуально при изучении исторического материала и других языков.

Оглавление

ТЕОРЕТИЧНА ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА	3
Ghranyina E.V., Lisizkaya N.A.	3
ANATOMY OF THE LIVER	3
Zakharenkova A., Salo E.	3
METHOD OF VEGETATIVERESONANCE TEST – VRT	3
Алексеева Т. М., Лиманская А.А., Лукьянова Л.В., Бачинский Р.О.	4
ВЛИЯНИЕ НИТРОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ И ИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПОЗИЦИЙ НА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ФОРМАЛИНОВОГО ОТЕКА	4
Алексеев Р.В., Плехова А.А.	5
АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ К УЧЕБНЫМ НАГРУЗКАМ В УСЛОВИЯХ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ	5
Бабасва А.Р.	6
Вивчення узгодженості механізмів регуляції процесу адаптації студентів-медиків в умовах дозованих фізичних навантажень	6
Бердник Д.А., Ковалёва К.А.	6
БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ АНОМАЛЬНОМ СТРОЕНИИ МАТКИ	6
Бережная А.В., Тертышный В.А.	7
РОБОТОТЕХНИКА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ	7
Боягина О.Д., Измайлова Л.В., Мовчан Ю.А., Мороз К.Р.	8
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДОВ ПЕРИКАРДА ПРИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	8
Боягіна О.Д., Федько К.О., Зінов'єв І.Е., Зікрач В.С.	9
АНАТОМІЯ ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНОГО КІЛЬЦЯ	9
Боягіна О.Д., Якименко Д.С., Резнікова А.С.	10
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ТИМУСА	10
Боярский А.А.	11
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА ЗАРАЖЕННОСТЬЮ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ГОРОДЕ ХАРЬКОВЕ	11
Бызов Д.В., Шевченко Е.В.	11
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ДЛЯ СОЗДАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ СОСУДИСТЫХ ПРОТЕЗОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА	11
Гетманская Ю.Н., Косарева А.И.	12
ОСОБЕННОСТИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СЕРДЦА	12
Гончаренко М. Н., Лиманская А.А., Наконечная С.А.	12
НАНОМЕДИЦИНА И НАНОХИМИЯ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ	12
Глущенко С.В., Ковальчук В.Н.	14
АНАТОМИЯ СТРАХА	14
Гончаренко М.М.	14
МОНІТОРИНГ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ	14
Гончаренко М.Н., Лиманская А.А., Наконечная С.А.	15
НАНОМЕДИЦИНА И НАНОХИМИЯ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ	15
Гузієнко К.С., Кайда Н.С.	16
ОСОБЛИВОСТІ СОСОЧКОВОГО РЕЛЬ'єфу ШКІРИ СТОП ЛЮДИНИ	16
Гуйван И.В.	16
СОСУДИСТЫЙ КЛАПАННЫЙ ГОМОГРАФТ	16
Дзюба С.О.	17
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АУТОИМУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	17
Дроворуб В.О.	17
Вивчення впливу освітніх факторів на морфофункціональний стан учнів в умовах загальноосвітньої школи	17

Зикрач В. С., Лукьянова Л. В.....	18
АЛКОГОЛЬ И ДОПИНГОВЫЙ КОНТРОЛЬ.....	18
Зиновьев И.Э., Федько К.О., Лукьянова Л.В., Бачинский Р.О.....	19
ВЛИЯНИЕ НИТРОГЕНСОДЕРЖАЩИХ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ И ИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПОЗИЦИЙ НА ЦЕНТРАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ БОЛЕВОЙ РЕАКЦИИ КРЫС.....	19
Ивахненко Д.А., Березняков А.А., Наконечная С.А.	20
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НАНОБИОФОТОНИКИ. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПТИЧЕСКИХ НАНОБИОСЕНСОРОВ.....	20
Квасова П.А.	21
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	21
Коваленко С.А.....	22
ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН ДЛЯ КЛОНУВАННЯ ТКАНИН ТА ОРГАНІВ.....	22
Ковальковский Е.В., Кругляк В.А.	23
ВЛИЯНИЕ РЕЧЕВЫХ НАВЫКОВ И ИЗУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ НА РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА	23
Козыренко О.Ю.	24
3D-ПРИНТЕР И МЕДИЦИНА.....	24
Колесникова Е.Ю.	25
СТАРЕНИЕ КАК ЭТАП ОНТОГЕНЕЗА.....	25
Конарева В.И.	25
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ.....	25
Косилова О.Ю., Замазий Т.М., Попенко С.А.	26
ВАКЦИНАЦИЯ – РАДИКАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ БОРЬБЫ С МАЛЯРИЕЙ	26
Косілова О.Ю., Замазій Т.М. , Некрасова Ю.В.....	27
ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ.....	27
Косилова О.Ю., Замазий Т.Н., Стоянова Ю.Д.....	27
ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПЕРИТОНИТЕ НА ФОНЕ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ	27
Кочєва О.В., Мінухіна Д.В., Голованова А.Ю.	28
ТЕЙХОЄВІ КИСЛОТИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФІЛОКОКА ЯК ЧИННИКИ ІНФЕКЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ	28
Кривенко Л. С.	29
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ДЕВОЧЕК	29
Кулакова К.А.....	29
УЧАСТЬ ЛІМФОЦИТІВ У ТРАНСПЛАНТАЦІЙНОМУ ІМУНІТЕТІ.....	29
Макагонова М.В.	30
ТРАВМАТИЗМ В ГИРЕВОМ СПОРТЕ	30
Маслова М.В.....	30
ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ФУНКЦИИ РЕТИКУЛЯРНОЙ ФОРМАЦИИ СТВОЛА МОЗГА.....	30
Миколаєнко В.В. Гирик Я.О.	31
ЧЕЛОВЕК С КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ.....	31
Мирошниченко А.А., Ивахнова К.С.	32
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОЛОГИИ ЛОБНОЙ И ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХ	32
Момот А.И.....	32
АНАТОМИЧЕСКОЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СРЕДНЕГО МОЗГА	32
Нарышкина Я.В.....	33
МОЗЖЕЧОК. ЕГО СТРОЕНИЕ.....	33
Натальченко М.Л., Стребуль Н.В.	33
ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЯИЧНИКОВ.....	33
Нгуен Тхи Лиен, Быковская А. В.....	34
ПОЛИДАКТИЛИЯ.....	34
Немідько В.В., Бачинський Р.О., Лук'янова Л.В.	34

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ПРОТИБОЛЬОВОЇ ДІЇ ПЕРИФЕРИЧНОГО ҐЕНЕЗУ НІТРОГЕНОВМІСНИХ ОРГАНІЧНИХ СПОЛУК ТА ЇХ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ КОМПОЗИЦІЙ	34
Панич Р. В., Фарзуллаев Н. Н.	35
НОВЫЕ СВЕДЕНИЯ О ФУНКЦИЯХ АППЕНДИКСА	35
Панич Р. В., Фарзуллаев Н. Н.	36
ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ СУРРОГАТНОМ МАТЕРИНСТВЕ	36
Пивовар А.В.....	37
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ ТРАНСПЛАНТАТА И РЕЦИПИЕНТА	37
Писаренко Г.Н., Поляков А.В.	38
МОРФОЛОГИЯ ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА И КРЫСЫ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ	38
Полозов С.Д., Гончар В.Ю.	39
НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА	39
Попова Т.О.....	39
БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ	39
Рисованая Л.М., Алексеенко Р.В.*	40
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА – НАУКА ИЛИ ИСКУССТВО?	40
Рязанцева Ю.В.	41
ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	41
Садковская И. Ю.	42
БОЛЕЗНЬ ОСЛЕРА-РАНДИО-ВЕБЕРА.....	42
Саенко М.О.	43
РАЗВИТИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА РЕБЕНКА.....	43
Сазонова О.М.	44
АНТРОПОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ МАСИ ТІЛА ДІВЧАТОК 7-11 РОКІВ З ВЕГЕТАТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	44
Самойленко А.А.....	44
КОРА ГОЛОВНОГО МОЗГА	44
Сокольников А.О., Ладная И.В., Кривченко Ю.В.....	45
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИННЕРВАЦИИ АОРТЫ И ПЕРИКАРДА.....	45
Сулейманова Н. А., Кривченко Ю.В., Ладная И.В.	46
ОСОБЕННОСТИ ИННЕРВАЦИИ НАД- И ПОДПОДЪЯЗЫЧНЫХ МЫШЦ ШЕИ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	46
Тертышный В.А, Бережная А.В.	46
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	46
Тесленко А.С., Гардашова Д.Н.	47
ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	47
Тиханський Д.С.	48
ДИНАМІКА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ В УНІВЕРСИТЕТІ	48
Тихонова О.О.	49
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БАКТЕРИОФАГОВ	49
Товстуха И. А., Артемьева Е. Ю., Лукьянова Л. В.	49
РОЛЬ АСБЕСТА В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ	49
Третьяк Н.А.....	51
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИДАТКОВ СЕМЕННИКОВ СОБАКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	51
Хворостинко Р.Б.	51
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КЛОНИРОВАНИЯ ТКАНЕЙ И ОРГАНОВ	51
Цисельский Т.Р.	52
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СЕМЕННИКОВ МЛЕКОПИТАЮЩИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА.....	52
Цись Ю.В.....	53

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	53
Шаповал В.В.....	54
ТІМ'ЯНА ЧАСТИНА ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ЇЇ УРАЖЕННЯ	54
Яковлева Д. Ю.	55
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	55
Яремко И.Я.	55
МЕТОДИКА ИЗГОТОВЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	55
ТЕРАПИЯ.....	57
Prosolenko K., Ofori William.....	57
THE ROLE OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN THE PATHOGENESIS OF HYPERTENSION AND OBESITY	57
Ryndina N., TytovaG., Rynchak P.....	57
ACTIVITYOF ERYTHROPOIESIS IN ANEMIC PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND CHRONIC KIDNEY DISEASE: FOCUS ON SOLUBLE TRANSFERRIN RECEPTOR.....	57
Андрєєва А.О.	58
ВПЛИВ ВІСФАТИНУ НА СУДИННЕ УРАЖЕННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	58
Архипкіна О.Л., Введенська А.Є., Поляков О.В.....	58
РІВЕНЬ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ.....	58
Базалеева А.Н.	59
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ.....	59
Балута Б.Ю.	60
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОЧКИ. МОЖНО ЛИ РАЗОРВАТЬ ПОРОЧНЫЙ КРУГ?	60
Баранова Е.В., Довгаль Ю.В.	61
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ	61
Бильченко А.А.	62
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ПНЕВМОНИИ	62
Бильченко А.А., Просоленко К.А.	63
МИКРОАЛЬБУМИНУРИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	63
Борзова-Коссе С.І., Руденко М.І.	64
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ АНЕМІЙ.....	64
Воробьєва Е.Ю.	64
НАСКОЛЬКО СИЛЬНА ВАША ИММУННАЯ СИСТЕМА?	64
Габісонія Т.Н.	65
РОЛЬ КЛІТИННОЇ ІМУННОЇ ВІДПОВІДІ У РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ У ХВОРИХ З СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ.....	65
Герасимчук У.С.	66
ВЛИЯНИЕ ЖИРОВОЙ ДИСТРОФИИ ПЕЧЕНИ НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА І ТИПА	66
Гончарь О.В., Иванченко С.В.....	66
ІНТЕРЛЕЙКІНИ 33 ТА 1 β , ОСОБЛИВОСТІ ГЕОМЕТРІЇ ТА ДІАСТОЛІЧНОГО НАПОВНЕННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ В ОСІБ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ОЖИРІННЯМ	66
Делєвська В.Ю.	67
ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОСЕРЦЕВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....	67
Дмитренко А.С., Дубинин С.А., Молчанюк Д.А., Острополец А.С.	67
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ	67
Еременко Г.В.	68

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	68
Еременко Г.В., Баранюк М.А., Бильченко С.А.	69
КЛИНИКО–АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРАПИВНИЦЫ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.....	69
Железнякова Н. М., Гопций Е.В., Зеленая И.И.	70
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХОЗЛ И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА	70
Журавлёва А.К.....	70
ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ.....	70
Зайцев П.В., Терешкин К.И.	71
МЕХАНИЗМЫ КАЛЬЦИЕВОГО И ЛИПИДНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ КЛЕТОК ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ	71
Зайцева М.М.	72
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ З УРАХУВАННЯМ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА AGTR1	72
Заозерська Н.В., Саніна І.	72
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ	72
Захарова Е.М.	73
ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ЛЕПТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ	73
Иванченко С.В., Гончарь А.В.	74
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ОЖИРЕНИЕМ	74
Ивашенко Р.О., Васюк Е.С.	75
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ.....	75
Кадыкова О.И., Боровик Е.Н., Емец Т.В., Минакова С.А.....	76
УРОВНИ ГОРМОНОВ ЖИРОВОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	76
Кадыкова О.И., Кравчун П.П., Дунаева И.П.	77
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ ПРИ СИНТРОПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	77
Ковальова Ю.О., Котелюх М.Ю.....	77
СТАН ОБМІНУ ЛЕПТИНУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІО НАПРУГИ У ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ РАМІПРИЛОМ ТА СИМВАСТАТИНОМ	77
Котелевская В. И., Кузнецова Д.А.....	78
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА «УДХК – α-ЛИПОЕВАЯ КИСЛОТА» В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ОГО ТИПА.....	78
Кочубей О.А.....	79
УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ КАРДІАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	79
Кучеренко Д.О., Попович К.А., Чуянов А.Н.	79
ЗАСТОСУВАННЯ РАМІПРИЛУУ ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ.....	79
Лукьянова Е.М.....	80
БИОТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА.....	80
Малишевская А.Ф., Шульга А.А.....	80
СРАВНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	80
Меленевич А.Я., Забирко Г.М.....	81
ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ	81
Михайлова Ю.А.	82

ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК	82
Моїсєєнко А.І.	83
НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ГОРМОНАЛЬНО-МІКРОЕЛДМЕНТНИЙ ДИСБАЛАНС У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ: ВАРІАНТ ТЕРПІЇ	83
Наріжна А.В.	84
РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-1В У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	84
Огнева Е.В., Мусаєва Н.Ф.	84
РЕЗИСТИН І ФЕРМЕНТНИЙ ОБМЕН У БОЛЬНИХ С ІЗОЛІРОВАНОЮ І КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	84
Олейник М.А.	85
СВЯЗЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А С ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ СОЧЕТАННІ САХАРНОГО ДІАБЕТА 2 ТИПА І ОСТЕОАРТРОЗА	85
Орлова М.О., Носко В.О.	85
ДИСТИРЕОЗ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ОЖИРІННЯМ ТА БЕЗ НЬОГО.....	85
Отчик А. Е.	86
ЕЛЕКТРОЛІТНИЙ І КАТЕХОЛАМІНОВИЙ ОБМЕН У БОЛЬНИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ.....	86
Петюнін П.А.	87
ЛЕЙКОТРИЕН С4, ІММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНІЕ МАРКЕРИ І ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕСС ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЇ НЕДОСТАТОЧНОСТІ.....	87
Пилипенко С.А., Воскобойников Е.А.	87
КАРДИОГЕННИЙ ШОК	87
Полозов С.Д., Гончар В.Ю.	88
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАКА ЖЕЛУДКА.....	88
Просолєнко К.А., Лапшина Е.А.	88
ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ СЕЛЕНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.....	88
Резнік Л.В., Молнар О.В., Просолєнко К.О.	89
ПОКАЗНИКИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КОМПОНЕНТІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	89
Ситіна І.В.	89
ПОШИРЕНІСТЬ ГІПОДИНАМІЇ СЕРЕД ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	89
Скалєзубова М. В., Мєламуд К.С.	90
ІМУНОДІАГНОСТИКА ТА ЛАБОРАТОРНИЙ КОНТРОЛЬ ПЕРЕБІГУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ.....	90
Скибіна К.П., Алексєєва Е.С.	91
СВЯЗЬ ОЖИРЕНИЯ, ДИСЛИПИДЕМИИ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	91
Сухонєс Н.К.	91
КОНКУРЕНТНІ ПРОСТАГЛАНДИНИ У ХВОРИХ З ПОЄДНАННЯМ ПЕРЕБІГОМ ВІБРАЦІЙНОЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБ.....	91
Тєльнова С.М.	92
ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ І СИНДРОМ НЕТИРЕОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ. ФОКУС НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ.....	92
Тєрєшкін К.І., Зайцев П.В.	93
МЕТАБОЛІЧНІ ТА ГЕМОДИНАМІЧНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ.....	93
Титова Г.Ю., Глєбова О.В., Калініченко А.О.	94
ПОКАЗНИКИ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЄРОЗОМ ТА ОЖИРІННЯМ	94
Тихонова О.О.	94
ДОСТИЖЕНИЯ ГИППОКРАТА В МЕДИЦИНЕ	94

Трикоз В.Г.....	95
АНАЛІЗ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ АМІНОКИСЛОТНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ	95
Трифонов Н.С.....	96
ЗМІНИ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	96
Чернякова О.Є.	96
ФЕНОТИПИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ	96
Шалімова А.С.....	97
КОРЕКЦІЯ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ	97
Швед Д.В.	98
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ	98
Шелест Б.А., Шатилова Ю.И., Ковалева Ю.А.....	99
ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И УРОВНЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	99
Шеховцова Ю.А.....	100
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2 И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	100
Школьник В.В., Шапошникова Ю.Н., Немцова В.Д.....	100
ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ОЖИРЕНИЕМ	100
ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ	102
Алтаев М.А., Евтушенко Д.В., Мороз Е.Л.	102
РОЛЬ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	102
Шевченко А.Н., Лыхман В.Н., Багиров Н.В., Меркулов А.А.,	103
Гордиенко Н.А.	103
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ И АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	103
Басилайшвили С.Ю.	104
ОНКОМАРКЕРЫ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАКТИКЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО	104
Бендзар О.В., Олейник А.А., Істомін Д.А., Лебедь Р.І.....	105
ЛІКУВАННЯ ЗАСТАРІЛИХ ПОШКОДЖЕНЬ ТАЗУ В РОДАХ.....	105
Балака С.Н., Гони С.-А.Т., Гони С.-К.Т.	105
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФРАКРАСНОЙ КОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	105
Балака С.Н., Повеличенко М.С., Гони С.-К.Т.	106
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ	106
Басилайшвили С.Ю.	107
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО	107
Булгакова Н.В., Колоний Т.И. *, Гурина И.В. *, Андриевская Т.А. *, Данилова К.А.	108
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВОТОКА У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ПЕРИТОНИТАМИ.....	108
Вьюн С.В., Зуб Т.И.....	108
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДІАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНІЙ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ	108
ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В.Т. ЗАЙЦЕВА НАМНУ»	108
Галинский Е.А., Хабаль А.В.....	110
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ.....	110
Гончарова Н.М., Дроздова А.Г., Гончаров А.С.	111

ЛІКУВАННЯ УСКОЛАДНЕНИХ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ.....	111
Григорук В.В.	112
ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З СУМІЖНИМИ ТА КОНТРАЛАТЕРАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАЖКОСТІ ОТРИМАНОЇ ТРАВМИ ЗА ISS	112
Гужва Н.Ю., Мальченко Д.В., Махмудов А.Г., Свирепю П.В.	112
АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА	112
Дьяченко Г.Д.	113
ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ЖЕНЩИН.....	113
Євтушенко Д.О., Мінухін Д.В., Ярмач Є.І., Чікін А.В., Біленко І.О.	114
СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХОДНОСТІ СПАЙКОВОГО ГЕНЕЗУ	114
Евтушенко Д.А.	115
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	115
Калашник Ю.М., Чигирик А.А.....	116
ТОНЗИЛОГЕННЫЕ ФЛЕГМОНЫ ШЕИ	116
Кіпа О.А.....	118
БІОМЕХАНІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ФІКСУЮЧОГО ПРИСТРОЮ ДІАФІЗАРНОГО ПЕРЕЛОМУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ У ПОСТРАЖДАЛОГО З ГОСТРОЮ ТОРАКАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ	118
Книгавко А.В., Казиев С.Г.....	118
ИНФЕКЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МУЖСКУЮ ФЕРТИЛЬНОСТЬ	118
Лазирский В.А., Полтавец Ю.В.	119
КОМБИНОВАННА РЕЗЕКЦІЯ ЖЕЛУДКА І ТОЛСТОЇ КИШКИ В ХІРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА	119
Лапшин Д.В.	120
ВИКОРИСТАННЯ ШКАЛ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ ПОШКОДЖЕНЬ ДЛЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ	120
Левицкая А.Е.....	121
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА	121
Лосева Е.Н., Гальева Е.К., Волкова В.И., Истомин Д.А.	122
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ	122
Лоскутов А.В., Саид С.Г., Туренко И.А., Книгавко А.В.	123
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПИЕЛОПЛАСТИК	123
Лучко Н.О	124
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.....	124
Малік О.С.....	125
ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ	125
Мані Ханс.....	125
ІНТЕНСИВНІСТЬ ПРОЦЕСІВ ПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СТАН АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ.....	125
Мінухін Д.В., Смоляник К.Н., Евтушенко Д.А., Фёдорова У.В.....	126
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЛАНОВОЙ И УРГЕНТНОЙ МЕДИЦИНЕ.....	126
Овчаренко С.С., Кравцова Г.Д., Захарченко С.Ю.*, Величко Н.М.*, Коваль А.В.*	127
РОЛЬ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПАТОГЕНЕЗЕ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ.....	127
Павлова Т.М.	128
ПРОГНОЗУВАННЯ ЖИТТЄЗДАТНОСТІ КІСТКОВИХ ФРАГМЕНТІВ ПРИ ВІДКРИТИХ ПЕРЕЛОМАХ.....	128
Петренко Т. О.....	128

РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	128
Потихенская К.А., Малишевская А.Ф., Шевченко Я.А., Бережной Б.Ю., Бирюков М.С., Лоскутов А.В., Любомудрова Е.С.....	129
ВИРТУАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ МСКТ	129
Прокопенко К.А., Евтушенко А.В., Шадрина В.С	130
ОЦЕНКА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ	130
Робак В.И., Евтушенко А.В.....	131
ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ.....	131
Троший В.О., Истомин Д.А.....	131
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА.....	131
Ходак А.С., Ходак В.П.	132
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ.....	132
Ходак А.С., Ходак В.П.	133
ПЕРВИЧНОМНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ТРЕХ ЛОКАЛИЗАЦИИ	133
Черняков П.А. Шилова О.В. Урсул О.Г.....	134
ВОЗРАСТНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОХОДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	134
Шамрай Д.В., Кальченко А.Д., Куценко Ю.А.....	134
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ОСЛОЖНЕННЫХ ТИФЛИТОМ ИЛИ ПЕРФОРАЦИЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА	134
Шевченко О.М., Кожемяка К.О.....	135
ПРОФИЛАКТИКА ЕВЕНТРАЦИЙ ПІСЛЯ ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ.....	135
Шилова О.В. Черняков П.А. Урсул О.Г.....	136
КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	136
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	137
Абдуллаева И.А., Валильшиков Н.В.	137
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ	137
Авраменко Я.В.	137
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	137
Алиева П.А.....	138
СПОСОБ ПОДГОТОВКИ ЭНДОМЕТРИЯ К ИМПЛАНТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННОЙ ФОРМОЙ БЕСПЛОДИЯ.....	138
Антонян М.И., Пилюян А.Ж.	139
К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКО.....	139
Багиров Н.В.	140
ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ГИНЕКОЛОГИИ.....	140
Бородай И.С., Плугина А.А.	141
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.....	141
Гладкова Т.А.	142
ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА РАЗВИТИЕ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ.	142
Градиль О.Г., Темникова А.В.	143
ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА У ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	143
Дынник А.А., Заец О.А.	144
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА.....	144
Иващенко А.И.	145

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТАКТИКЕ ПОДГОТОВКИ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ	145
Кисель Е.И.	145
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ЖЕНЩИН С МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ	145
Ковель А.Ф.	146
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ.....	146
Коломацкая Д.В.	147
БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ.....	147
Коновал А.О.	148
КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ПОРУШЕННЯ ІМУНІТЕТУ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ	148
Кузьмина О.А., Иванова Т.А.	148
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УГРОЗЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАННИХ СРОКОВ	148
Кутовая М. В.	149
РОЛЬ L-АРГИНИНА В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	149
Молнар О.В.	150
ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОМПЛЕКСА АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ	150
Литвинова А.В.	151
СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ.....	151
Маракушина Є.А., Мальцев Г.В., Вигівська Л.А., Рогачова Н.Ш., Демиденко О.Д.	151
ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОДИНАМІКИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ВАГІТНИХ З ГЕСТАЦІЙНИМ ПІСЛОНЕФРИТОМ.....	151
Паламарчук В.В., Дудниченко Н.А.	152
ОСОБЕННОСТИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	152
Ремнева В.А., Коновал А.А.	153
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ САЛЬПИНГООФОРИТЕ	153
Романенко А.О., Паращук В.Ю., Герасимова О.М.	154
СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК З СИНДРОМОМ СЛАБКОЇ ВІДПОВІДІ ЯЄЧНИКІВ	154
Романченко К.В.	155
ВПЛИВ ВАГІТНОСТІ НА МЕТАБОЛІЗМ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	155
Салтовский А.В., Кравченко Е.С.	156
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ РОДОРАЗРЕШАЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ВО II ПЕРИОДЕ РОДОВ.....	156
Скорбач Е.И., Фельдман Д.А., Довгаль Ю.В.	158
НОВЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ДИСБАЛАНСА У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ.....	158
Солянік В.Ю., Ярош Н.В., Білий Є.Є, Ширяев Ю.О., Вигівський О.О.	159
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОСТОВАРІОЕКТОМІЧНОЇ МЕНОПАУЗИ	159
Таравнех Д.Ш., Никулочкина А.И.	160
РОЛЬ ТРОМБОФИЛИИ В ГЕНЕЗЕ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТОК ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	160
Ткаченко В.А., Никитин Р.А., Боева О.Н., Андрус А.М., Мекеша М.С.	161
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ.....	161
Феськов В.А., Пионтковская О.В., Благовещенский Е.В., Выговская Л.А., Гнатенко О.В.	162
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЭНДОМЕТРИОИДНЫМИ КИСТАМИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПРОГРАММЫ ЭКО.....	162
Черелюк Н.И.	163
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА.....	163

Шаповал У.А.	164
ВЛИЯНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ БОЛЬНЫХ С ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ.....	164
ПЕДІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА	165
Grechanina Y.B., Beletskaya S.V., Bezrodnaya A.I., Akinbo O. Odunlami.....	165
THE ROLE OF TRIGGERS AND MEDIATORS IN DEMONSTRATION OF FRUSTRATION OF AUTISTIC RANGE	165
Grechanina Y.B., Griniuk A.V., Bezrodnaya A.I., Anis Akhtar	165
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS TYPE IV	165
Yanovskaya K.O., Dhrubojyoti Basu.....	166
PECULIARITIES OF CURRENT COURSE OF REACTIVE ARTHRITIS IN CHILDREN OF PRESCHOOL PERIOD OF LIFE.....	166
Ашеулов А.М.	167
СИНДРОМ ХЕЙНЕРА – СЛОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА	167
Балушак И.А.....	168
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕИНВАЗИВНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500,0 ГР	168
Беломеря К.В., Карташова О.С., Шипов Д.О.....	169
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЮНОШЕСКОГО И МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА.....	169
Губарь Н.В., Тесленко Т.А., Овчаренко А.А.	170
НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ.....	170
Дриль І.С., Якименко Н.А., Муратова К.Г.	171
ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОРЕНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК	171
Емец Т.В.	172
ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ДЕТЕЙ.....	172
Зозуля О.В., Чекрыжева Е.Д., Мясоедова Е.Ю.....	173
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ФЕТОПАТИЕЙ	173
Криворотько Д. М., Бендзар О. В.	174
КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПНЕВМОНІЙ У НОВОНАРОДЖЕНИХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	174
Мішаніна Д.Р., Покришка А.О.	175
ПРОФИЛАКТИКА РАХІТУ: ПРОТОКОЛ ТА РЕАЛЬНІСТЬ	175
Молчанюк Д.А., Дубинин С.А., Дмитренко А.С.....	176
РЕСПИРАТОРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ.....	176
Оноприенко Е.А., Дулембова В.Э., Крыжановская Е.Н.	177
ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ.....	177
Острополец А.С.....	177
ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ.....	177
Острополец А.С.....	178
ОСОБЕННОСТИ АДАПТИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	178
Подгалая Е.В.	179
НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ	179
Пугачёва Е.А.	180
ИНФОРМАТИВНОСТЬ ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	180
Разумная К.А.	181
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	181

Стрелкова М.И.....	182
АНАЛИЗ СХЕМ НАБЛЮДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ	
СТАРШЕ ОДНОГО ГОДА БОЛЬНЫХ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ	182
Стрелкова М.И.....	183
ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, БОЛЬНЫХ ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ	183
Стрелкова М.И.....	184
МЕТОДЫ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФЕНИЛКЕОНУРИИ У	
ДЕТЕЙ	184
Сытник В.В.....	185
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ДЕТСКИЙ ОРГАНИЗМ В	
СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	185
Феофанова Е.Ю.	186
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ	
ПЕРЕНЕСЕННОЙ АСФИКСИИ	186
Червань И.В.....	187
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	187
Цимбал В.Н., Макеева Є.А., Коваль В.А.....	187
ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ТА АДАПТАЦІЙНІ МОЖЛИВОСТІ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ	
СИСТЕМИ ДО ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ У ПІДЛІТКІВ.....	187
Яновская Е.А., Маткеримова З.....	189
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГОПАТОЛОГИЕЙ	189
ПАТОЛОГІЯ ТА СУДОВА МЕДИЦИНА	190
OgundipeBabafemi, Thurein Soe, Myroshnychenko M.S., Pliten O.N.	190
ETHICAL ASPECTS IN THE WORK OF THE PATHOLOGIST	190
Бондаренко В.В., Кирилович Е.И., Семеняченко А.Н.....	191
СУДЕБНО–МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОТ ДЕЙСТВИЯ	
ЭЛЕКТРОРАЗРЯДНЫХ УСТРОЙСТВ (ЭЛЕКТРОШОКЕРА).....	191
Губин Н.В., Гуляева Д.Ю., Арнаутова Ю.С., Семеняченко А.М.	192
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ТРАВМ ОРГАНОВ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	
У ЖИВЫХ ЛИЦ	192
Губин Н.В., Бондаренко В.В., Минакова С.А., Домрин А.С.....	193
К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УЧЕНОГО, ПЕДАГОГА,	
ПРОФЕССОРА Н.С. БОКАРИУСА	193
Губин Н.В., Шматко Е.В.....	194
СТЕПЕНЬ ДОСТОВЕРНОСТИ ВЫВОДОВ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОГО ЭКСПЕРТА О	
ПРИЧИНЕ СМЕРТИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОКСИДОМ УГЛЕРОДА	194
Калужина О.В.....	195
ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ТА АОРТИ У ПЛОДІВ ТА	
НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ПРЕКЛАМПСІЄЮ	195
Ковальцова М.В.....	196
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ЧАСТИ	
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КРЫС ПРИ ДЕЙСТВИИ ИММОБИЛИЗАЦИОННОГО	
СТРЕССА.....	196
Красивская Д.И.....	197
ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА	
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (ИБС)	197
Крячко С.С.	197
ВЛИЯНИЕ НАЛОКСОНА НА ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ТИМУСА	
ПРИ ВОСПАЛЕНИИ.....	197
Кузнецова Н.А.	198
РАК ЛЁГКИХ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ХАРЬКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ	
КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
.....	198
Мар'єнко Н.І.....	199
АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНИХ ВИПАДКІВ ВІД ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	
ЗА ДАНИМИ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	199
Небога В. В.	200

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ ОТРАКА ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	200
Острополец А.С., Молчанюк Д.А.	200
ОСОБЕННОСТИ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ.....	200
Ольховський В.О., Пешенко О.М.	201
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ТІЛЕСНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ТА ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА	201
Потапов С.Н., Андреев А.В.....	202
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК ПО ДАННЫМ ХАРЬКОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ им. В.И. ШАПОВАЛА ЗА 1993-2012 гг.	202
Саенко М.С.	203
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАВНОСТИ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ С ПОМОЩЬЮ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	203
Сиренко В.А., Бирюков М.С., Бережной Б.Ю.	204
ФАГОЦИТАРНАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ВОСПАЛЕНИИ.....	204
Скибина К. П., Ещенко А.В.	205
ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ИЗЛУЧЕНИЙ НА ЭРИТРОЦИТЫ КРОВИ КРОЛИКОВ	205
Старагина Л.А.....	205
ПОСТМОРТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН СМЕРТИ ПО КОМПЛЕКСУ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК КОЖИ.....	205
Сущенко Э.Л.....	206
РОЛЬ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ МАРКЕРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ВОСПАЛЕНИЯ	206
Мирошниченко М.С., Фельдман Д.А.	207
ОСЛОЖНЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ И ФЕТОГЕНЕЗ ПОЧЕК	207
Шеремета И.А., Цыганок Ю.С., Мирошниченко М.С., Плитень О.Н., Сакал А.А.	208
СЛУЧАЙ БЕШЕНСТВА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	208
Щукина В.Д.	209
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ СЕПСИСА ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКБ ЦЕМД и МК г.ХАРЬКОВА ЗА 2009-2013гг.	209
ФАРМАКОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ.....	211
Акмырадов А.А.....	211
О ТОКСИЧНОСТИ ПАРАЦЕТАМОЛА	211
Александрова А.В.....	211
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НАНОЧАСТИЦ В ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	211
Богату С.І.	212
ФІТОПРЕПАРАТИ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ (ЗП) У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ(ЦД) II ТИПУ	212
Бортновская В.С.	213
КОМБИНИРОВАННЫЕ НООТРОПЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	213
Боярский А.А.....	213
СВЕДЕНИЯ О ФАРМАКОТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	213
Брачкова Д.С., Колесник В.А.....	214
ТРАНКВИЛОНООТРОПЫ – СОВРЕМЕННЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ С НООТРОПНЫМ РАДИКАЛОМ ДЕЙСТВИЯ.....	214
Гранкина А.В., Бидыло Т.В.	215
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАДОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	215
Гринь И.В.....	216
ДОСТОИНСТВА НАНОПРЕПАРАТОВ	216

Каширина А. В.	217
НОВЫЕ МИШЕНИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ	217
Красковская Т.Ю.	217
ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	217
Кривошапка А.В., Бережная А.В.	218
ВЛИЯНИЕ МЕТИЛАЦИЛОВОЙ МАЗИ НА МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА В ОЧАГЕ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	218
Кривошапка А.В., Бережная А.В.	219
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ SH-ГРУПП В ОЧАГЕ И КРОВИ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТИЛАЦИЛОВОЙ МАЗИ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ У КРЫС	219
Кука А.С., Кукушкина М. Ю.	220
ГОМЕОПАТИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ	220
Лавров Ф.	221
АНТИИШЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА МЕТАБОЛИЗМ МИОКАРДА... ..	221
Ложко Н.В., Пажин С.А.	222
ПРИМЕНЕНИЕ ТИМОЗИНА А-1 В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В	222
Максимовский В. А.	223
СОВРЕМЕННЫЕ МИФЫ ПРО АНТИБИОТИКИ	223
Мороз А.Н.	223
БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ С НАНОРАЗМЕРНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ	223
Нечай И.В., Нечай Ю.В.	224
ФИТОЭСТРОГЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ГИНЕКОЛОГИИ СЕГОДНЯ	224
Олефир А.С.	225
ПРОСТАТОПРОТЕКЦИЯ ПРИ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	225
Позняк А.С., Сергиенко М.Б.	225
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	225
Покрышко А.О., Гищук Е.Р.	226
СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ИНГИБИТОРОВ ЦИКЛООКСИГЕНАЗЫ.....	226
Попович Н.В.	227
БОТОКС В НЕВРОЛОГИИ	227
Ростовцева М.С.	228
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНИНА В ДЕРМАТОЛОГИИ.....	228
Санина И.И., Равшанов Т.Б.	229
СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЛЮКОКОРТИКОИД- ИНДУЦИРОВАННОГО ОСТЕОПОРОЗА (ГИО)	229
Сапай А.В., Тырса Н.С.	230
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОАКСИЛА В НЕТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ	230
Сарайкина О.С.	231
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНИМАНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ.....	231
Сень В.О., Равшанов Т.Б.	232
ДИХЛОРАЦЕТАТ НАТРИЯ – ПАНАЦЕЯ ПРОТИВ РАКА?	232
Сухомлин Н.П.	233
АНТИБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА ШТАММОВ MSSA,MRSA, VRSA	233
Тимковский О.А.	233
АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ – СПОРТ, ЗДОРОВЬЕ, ЖИЗНЬ	233
Тихонова О. О.	234
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....	234
Ткачева А.И.	234
АКТИВИРОВАННЫЕ УГЛИ – СТРАТЕГИЯ ВЫБОРА	234
Трикоз В.А., Фадеев П.В., Равшанов Т.Б.	235
НОВОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ КЕТАМИНА.	235
Чебанов В.А., Миронченко С.И.	236

АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗРАБОТКИ МЕТОДОВ СТАНДАРТИЗАЦИИ НАНОЧАСТИЦ В ФАРМПРЕПАРАТАХ.....	236
Шпортко О.В.	237
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ.....	237
ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ЕПІДЕМІОЛОГІЯ, ДЕРМАТОЛОГІЯ.....	238
Afolabi Kayode Richard	238
RISK OF DENGUE IN NIGERIA.....	238
Choporova A.I.....	238
CONNECTION BETWEEN DESORDERS OF INTRANEPATIC HEMODYNAMICS WITH SEVERIETY AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSOS	238
GavrylovAV, BondarenkoAV, YurkoEV, SolomennikAO, ZotsY.	239
PATHOMORPHOLOGY OF CNS TUBERCULAR LESIONS IN HIV/AIDS	239
Iurko K.V., Bondarenko A.V., Anis Akhtar, SolomennykA.O., MohylenetsO.I., Sokhan A.V., Hvozdetzka M.G., Gavrylov A.V.....	239
MACROELEMENT CONTENT IN THE BLOOD SERUM HIV- INFECTED PATIENTS.....	239
Алиева М. И.....	240
РОЛЬ ОКИСНОЙ МОДИФИКАЦИИ ЛИПИДОВ, БЕЛКОВ И НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ В ПАТОГЕНЕЗЕ.....	240
Анцыферова Н.В., Соломенник А.О., Сохань А.В.	241
ГАПТОГЛОБИН КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ РАЗВИТИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С	241
Аронова Д.А.....	241
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ - СЕРЬЕЗНАЯ УГРОЗА ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА	241
Баранова А.В.	243
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....	243
Бардінов Д.В.	244
КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ АНТИОКСИДАНТАМИ З УРАХУВАННЯМ СТАНУ ПРО-ТА АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ.....	244
Башмакова А.О.	244
ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ РЕГУЛЯТОРНИХ МЕХАНІЗМІВ НЕЙРОЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ВУЛЬГАРНИЙ ПСОРИАЗ	244
Бутов Д.А.....	246
ЗНАЧЕНИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	246
Герасимчук У.С., Бутов Д.О.....	247
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ У ПОРІВНЯННІ З ЗАГАЛЬНОУКРАЇНСЬКИМИ ПОКАЗНИКАМИ.....	247
Жаркова Т.С., Любомудрова К.С., Малишевська А.Ф.	247
ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОЇ ЛАНКИ ЗАХИСТУ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА КИШКОВІ ІНФЕКЦІЇ.....	247
Зоц Я.В., Могиленець О.І., Христенко Н.Є, Бондаренко А.В.,.....	248
Соломенник Г.О., Юрко К.В.	248
СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНOSTІ ДОРΟΣЛИХ НА ДИТЯЧІ ІНФЕКЦІЇ ЗА ДАНИМИ ОКІЛ	248
Ивашенко А. И.	249
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО КО-ИНФЕКЦИИ ВИЧ/ТБ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	249
Исаева А.О., Сохань А.В., Зоц Я.В., Калюжный В.А., Гойденко А.А., Маркуш Л.И., Юрко К.В., Соломенник А.О., Гаврилов А.В.	249
АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЭФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ ХАРЬКОВА В 2011-2013 ГОДАХ	249
Кірсанова Т.О., Строкач В.А., Вержанська О.М.	250

НОВА ЕРА ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ ГНІЙНИХ МЕНІНГІТІВ В УКРАЇНІ: БУТИ ЧИ НЕ БУТИ?	250
Кучеренко О.О., Тучіна О.О.	251
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ЦИТОКІНОВОЇ РЕАКЦІЇ ХЛАМІДІЙНИХ ПНЕВМОНІЙ У ДІТЕЙ	251
Лисюк Т.В.	251
ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУННОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	251
Лукьянов С.В.	252
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	252
Минакова С.А., Грицюк Г.П., Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Могиленец Е.И., Юрко Е.В., Винокурова О.Н., Гаврилов А.В.	252
ОПРЕДЕЛЕНИЕ АПОЛИПОПРОТЕИНА А1В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	252
Мовсесян А.Т., Сохань А.В., Гаврилов А.В., Гойденко А.А., Калужный В.А., Маркуш Л.И., Павлов В.В., Анциферова Н.В.	253
АНАЛИЗ РАБОТЫ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПАЦИЕНТАМИ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ Г.ХАРЬКОВА	253
Новак И.Н., Шамрай А.В.	254
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗОМ В Г.КИЕВЕ В 2013 ГОДУ	254
Новокшонова А. А.	255
ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЛОЗОВСКОМ РАЙОНЕ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	255
Остапенко Ю.А., Тищенко О.Л.	256
ТРУДНОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ НЕРВНОЙ ФОРМЫ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА	256
Петрова О.С., Яремчук Я.И.	256
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА	256
Плотнікова В.В.	257
ОБМІН ІНГІБІТОРІВ КЛІТИННОГО ЦИКЛУ У ШКІРІ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ	257
Скорнякова А. М.	258
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КРАСНОГРАДСКОМ РАЙОНЕ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	258
Соломенник А.О., Бондарь А.Е., Могиленец Е.И., Юрко Е.В., Гвоздецкая М.Г., Курилов Д.А., Минакова С.А.	259
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФОСФОГЛИВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С	259
Сухорукова М.Ф.	260
ОЦІНКА РИЗИКУ ЗАХВОРЮВАННЯ НА ГІДРОФОБІЮ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ	260
Ткачев С.Н.	261
ПРОБЛЕМА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	261
Фоміна Л.В.	262
СТАН КЛІТИННОГО ТА ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ	262
Христенко Н.Е., Береговая А.А., Колганова Н.Л.	263
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	263
Чертенко Т.Н.	264
ГРИПП А (H1N1) КАЛИФОРНИЯ 2009: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДАННЫХ И ПОЛИМОРФИЗМА AG(ASP/GLY), AA(ASP/ASP) ГЕНА TLR4	264
Чопорова А.И., Кохан Е.Н.	265
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2013 ГОДА В УКРАИНЕ	265
Чопорова О.І., Бибик В.М., Соина К.В.	265
ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ	265
Чопорова О.І., Орлова М.О., Лук'янова Є.М.	266
СИНДРОМ ВІДНОВЛЕННЯ ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА КО-ІНФЕКЦІЮ ТУБЕРКУЛЬОЗ/ВІЛ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	266

Шенько А.	267
ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА ОТ СЛУЧАЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В	267
Шукаль Е.Ю.	268
РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	268
ПСИХІАТРІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ	270
Бородавко О.О.	270
ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ДОВІРИ ДО ЛІКАРЯ У ХВОРИХ НА НЕВРОЛОГІЧНІ ТА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ	270
Денисенко М.М.	271
ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ ПОРОГОВИХ ТА ПІДПОРОГОВИХ СТИМУЛІВ ПРИ ТАХІСТОСКОПІЧНІЙ ДЕМОНСТРАЦІЇ.....	271
Зеленская Е.А.	272
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	272
Ильяшенко Н.Н.	273
МНОЖЕСТВЕННЫЕ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В АНАМНЕЗЕ КАК ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ МАРКЕР ТЯЖЕЛОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ	273
Коваленко В. А.	274
ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЛАЦЕБО-ЭФФЕКТА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ	274
Коровина Л.Д.	276
ОСОБЕННОСТИ ПСОХООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПОДХОДА В ТЕРАПИИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С СОПУТСТВУЮЩИМ АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	276
Кришталь В.Е., Кришталь А.А.	276
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	276
Кришталь В.Е., Петюнин П.А.	277
ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА С СЕКСУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ.....	277
Лакинський Р.В.	278
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З ЕКЗОГЕННИМИ ТА ЕНДОГЕННИМИ ДЕПРЕСІЯМИ, ЩО СКОЇЛИ НЕЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ	278
Литвиненко В.В.	280
ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	280
Меламуд Е.С.	281
ОЛИГОФРЕНОПОДОБНЫЙ ТИП ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ	281
Михайлов В.Б.	282
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРУ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ	282
Пасечник А.Г.	283
ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	283
Сазонов С.О., Байбарак Н.А.	283
СПЕКТР ДИФЕРЕНЦІОВАННЯ АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПСИХОТИЧНОГО РІВНЮ	283
Сильченко Н.В.	284
ТАБАКОКУРЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ.....	284
Тверезовский В.М.	285
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ	285
Троший В.О.	286
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ.....	286

Хмаин С.....	287
ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПСИХОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	287
Хомякова А.С.	288
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	288
НЕВРОЛОГИЯ ТА НЕЙРОХІРУРГІЯ	290
Novak A.S.....	290
ROLE OF THE NEUROTROPHIC FACTORS IN THE TRAUMATIC BRAIN INJURY PATHOGENESIS.....	290
Балута Б.Ю.	291
ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЕ И ИХ ТЕРАПИЯ ЦИТИКОЛИНОМ	291
Баранова Е. В. Довгаль Ю. В.	292
ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ МИГАТЕЛЬНОГО РЕФЛЕКСА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ДЕЙСТВИЯ ДОФА-СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ.....	292
И.О.Безуглова ¹ , А.Н.Базалеева ²	293
РОЛЬ СОСУДИСТОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	293
Бережная А.В., Резниченко Е.К.	294
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОНЕПЕЗИЛА ГИДРОХЛОРИДА В ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ СЕНИЛЬНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦЕЙМЕРА	294
Бережной Б.Ю. Лушпан В.А.....	294
ВЛИЯНИЕ НИЗКОЧАСТОТНЫХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ.....	294
Бортновская В.С., Некрасова Н.А.....	295
СОДЕРЖАНИЕ БИОГЕННЫХ АМИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И 2,3- ДИФОСФОГЛИЦЕРАТА В ЭРИТРОЦИТАХ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СО СПОНДИЛОГЕННОЙ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	295
Волошин – Гапонов И.К.	296
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА – КОНОВАЛОВА	296
Донская Н.М.	297
СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ГЛУБИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	297
Ингинова К.А., Пискарева А.М., Литвинов И.О., Тесленко О.А.	298
СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У СТУДЕНТОВ ХНМУ	298
Кебашвили С.В., Тесленко О.А.....	299
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ	299
Кельгина Е.А.	300
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАРКИАФАВЫ-БИНЬЯМИ	300
Куфтерина Н.С.	301
ЭПІДЕМІОЛОГІЯ СУДИННИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ	301
Лавров Ф.Д., Тесленко О.А.....	301
АСТЕНОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖКТ	301
Левашова А.И., Тесленко О.А.....	302
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА.....	302
Левчишина М.В., Тесленко О.А., Грибовод В.В., Коваль А.В.	303
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В УКРАИНЕ.....	303
Марковская Е.В., Шапкин А.С. Кирилович Е.И.	303
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ.....	303
Новохатский М.С.....	304
РАРИТЕТНЫЙ СЛУЧАЙ В НЕВРОЛОГИИ: БОЛЕЗНЬ ГАЛЛЕРВОРДЕНА-ШПАТЦА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ	304
Реминяк Ю.К.....	305
АБУЗУСНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПУТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПУТИ КОРРЕКЦИИ.....	305

Соляник А.О., Резниченко Е.К.	307
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МИГРЕНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	307
Тихова А. И., Резниченко Е.К.	308
НАТАЛИЗУМАБ КАК НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	308
Фельдман Д. А., Червань И.В.....	308
НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ	308
Хоменко М.А., Резниченко Е.К.	309
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ПРИМЕНЕНИЙ БОТУЛОТОКСИНА (ДИСПОРТ) ПРИ СПАСТИЧЕСКОЙ КРИВОШЕЕ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ.....	309
Черненко М.Е.*, Вовк В.И.**	310
МАТРИКСНАЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗА-9 ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ТЕЧЕНИЯ И СТАДИЯХ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА.....	310
ОФТАЛЬМОЛОГИЯ	312
Гончарь Е.Н., Плюшко Д.Г.....	312
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ L-АРГИНИНА В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ.....	312
Гончарь Е.Н., Помогаев С.А.....	312
ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ГАНГЛИОНАРНЫХ КЛЕТОК СЕТЧАТКИ КАК ФАКТОР РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ	312
Громова Ю.А.	313
СТАБИЛЬНОСТЬ ОРИЕНТАЦИИ МЯГКИХ ТОРИЧЕСКИХ СИЛИКОН-ГИДРОГЕЛЕВЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ С РАЗНЫМИ ВИДАМИ БАЛЛАСТА.....	313
Гулiда А.О	314
ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ РЕШІТЧАСТОЇ ПЛАСТИНИ У ХВОРИХ НА МІОПІЮ	314
Дурас А.А., Храмова Т.А.	315
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАРАМЕТРОВ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПИГМЕНТНОЙ ДИСПЕРСИИ И ПИГМЕНТНОЙ ГЛАУКОМОЙ.....	315
Ивженко Л.И.	316
ДИСФУНКЦИЯ МЕЙБОМИЕВЫХ ЖЕЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ.	316
Исмаилов Р.И.	316
АФЛИБЕРСЕПТ В ЛЕЧЕНИИ ВЛАЖНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ	316
Казначеев Г.А., Храмова Т.А.	317
ОСОБЕННОСТИ УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ И КОНФИГУРАЦИЕЙ ПЛОСКОЙ РАДУЖКИ	317
Кравченко А.А.	318
КРИТЕРИИ УСПЕШНОГО ПОДБОРА МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ.....	318
Лагоржевська І.М.....	319
ЩОДО ПИТАННЯ ПРО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ФОРМУ ЦЕНТРАЛЬНОЇ СЕРОЗНОЇ ХОРІОРЕТИНОПАТІЇ	319
Литвищенко А.В., Храмова Т.А., Фрянцева М.В.	320
ДИНАМИКА КИСТ ПРИДОЦИЛИАРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С УВЕИТАМИ.....	320
Рыбачик Ю.Н.	320
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	320
Самофалова М.Н., Фрянцева М.В., Бондарев И.В.	321
ДИНАМИКА ИЛ-1в И ФНО-6 ПРИ УВЕИТАХ, ОСЛОЖНЕННЫХ НЕВРИТОМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА.....	321
Саркисян Г.С., Гончарь Е.Н., Чуб Е.Н.	322
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЛАУКОМЫ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ	322
Сребная И.В.	322
ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ СИЛИКОН- ГИДРОГЕЛЕВЫХ ЛИНЗ.....	322
Столярова О.К.	323
ДОСЛІДЖЕННЯ БІНОКУЛЯРНОГО ПОЛЯ ЗОРУ У ХВОРИХ НА ГЛАУКОМУ	323
Фрянцева М.В., Самофалова М.Н.....	324

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕВРИТОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПО ДАННЫМ ГЛАЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ХОКБ ЗА 15 ЛЕТ	324
Чебанова Л.В.	325
АНТИАНГИОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭКССУДАТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА.....	325
Батюк Т.В., Сінько Є.О.	326
РОЛЬ НАУКИ ТА ОСВІТИ У СТАЛОМУ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА.....	326
Богачова О.С.	326
МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ГІГІЄНИ ПРОФЕСІЙНОГО НАВЧАННЯ В АГРАРНИХ ЛІЩЕЯХ.....	326
Вакуленко Л.О., Волосюк Г.О.	327
«ЗНАЧЕННЯ ПИЛУ В ЗАГАЛЬНІЙ ЕКОЛОГІЧНО ЗУМОВЛЕНІЙ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ».....	327
Герасименко С.В., Филатова Н.М., Майорова М.В.	328
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГИПЕРКЕРАТОЗА ПО МАТЕРИАЛАМ УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 3 КУРСА МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ХНМУ «СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ».....	328
Герасимова О.М., Сенік О.Д., Семенова Н.В.	329
ГІГІЄНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ОСВІТЛЕННЯ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ	329
Гужва Н.Ю., Степаненко Н.Н.	329
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ	329
Гужва Н.Ю., Степаненко Н.М., Чумак Л.І.	330
АСПЕКТИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ СТУДЕНТІВ ХНМУ	330
Єлісєєв Р.М.	331
ВПЛИВ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА ЛАБОРАТОРНИХ ТВАРИН В УМОВАХ ХОЛОДОВОГО СТРЕСУ	331
Кателевська Н.М.	332
ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НЕРВОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ.....	332
Кателевська Н.М., Хорошевська Д.Г.	332
ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ В ДОШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ	332
Лазаренко К.П.	333
ЩОДО ПИТАННЯ ГІГІЄНІЧНОЇ ОЦІНКИ НАВЧАЛЬНОГО-ПРОЦЕСУ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНОРУХОВОГО АПАРАТУ У СПЕЦІАЛІЗОВАНІЙ ШКОЛІ ІНТЕРНАТІ	333
Олейник Ю.А., Боярский А.А.	334
РОЛЬ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В РАБОТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА.....	334
Петренко Т.О., Резніченко О.Г., Дяченко Г.Д., Розумна К.О.	334
ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ ВИЩОГО МЕДИЧНОГО НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ (ВМНЗ)	334
Семенова Н.В., Христенко Н.Є.	335
ВПЛИВ ШУМУ ВІДДІЛЕНЬ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ	335
СТОМАТОЛОГІЯ.....	336
Dorosh N.S., Andreyeva O.V.	336
THE USING OF DELAYED FILLING OF CARIOUS CAVITIES IN THE TREATMENT OF DEEP CARIES.....	336
Tomilina A.V., Yarovaya A.V.	336
APPLICATION OF THE NEW TARGET MATERIAL "AKRODENT" AT THE STAGES OF ORTHOPEDIC TREATMENT	336
Богату С.І.	337
УДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЇ ВИГОТОВЛЕННЯ РОЗБІРНИХ КУКСОВИХ ВКЛАДОК (РКВ)	337

Волошан А.А.....	337
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО МНОЖЕСТВЕННЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СКУЛО- ОРБИТАЛЬНОГО И СКУЛО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО КОМПЛЕКСОВ СО СМЕЩЕНИЕМ КОСТНЫХ ФРАГМЕНТОВ	337
Волченко Н.В.....	339
ШКОЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ УЧАЩИХСЯ.....	339
Єлісєєва О.В.....	340
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТА У ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ	340
Ключка Е. А.....	341
ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДОВ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	341
Мосейчук И.С., Шамли Ж.А.	341
ВЫБОР МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ У БЕРЕМЕННЫХ	341
Никонова Ю.В.....	342
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНДУКТОМЕТРИЧЕСКОГО МЕТОДА ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИССУР ЗУБОВ	342
Савельева Н.Н.....	343
О ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ ЭНТЕРОБИОЗОМ.....	343
Свидло О.А.	345
ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА L-ЛИЗИНА ЭСЦИНАТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОН С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ.....	345
Слинько Ю.О.	346
НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА	346
Спиридонова К.Ю., Комаров А.К.	347
ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «TOOTHMOUSSE» (GC) ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	347
Стеблянко А.А., Худик А.К.	348
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИОСТИТА ПРЕПАРАТАМИ НА РАСТИТЕЛЬНОЙ ОСНОВЕ.....	348
Хорошилов К.Ю.....	349
КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ВТОРОГО МОЛЯРА	349
Чирик О.І.	350
СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У МОЛОДИХ ОСІБ З ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ	350
СУСПІЛЬНО-ГУМАНІТАРНІ НАУКИ	352
Al'kov V. A.....	352
THE ISSUE OF MORAL LEVEL AMONG THE JUNIOR PERSONNEL OF KHARKIV PROVINCIAL MUNICIPAL HOSPITAL PSYCHIATRIC UNITS IN THE LATE 19 TH – EARLY 20 TH CENTURY.....	352
Mensah Seth Omari.....	353
TARAS SHEVCHENKO'S NAME ON THE MAP OF THE WORLD	353
Samiev Mironshokh.....	354
TARAS SHEVCHENKO: UKRAINIAN POET, ARTIST AND NATIONAL BARD	354
Tsopozidis Christos	355
TARAS SHEVCHENKO: EARLY YEARS	355
Udoh A.E.	356
COMPARISON OF UKRAINE AND NIGERIA HEALTHCARE SYSTEMS	356
Абрикосова А.С.....	357
ЛЕГЕНДА СВІТОВОЇ НАУКИ. ДО 100-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ М. АМОСОВА (1913– 2002).....	357
Анікіна Ю.В.....	358

ЛІКАР – НЕ ПРОФЕСІЯ, ЛІКАР – ЦЕ ПОКЛИКАННЯ ДО 100-РІЧЧЯ ВІД ДНЯ НАРОДЖЕННЯ А. ПЕЛЕЩУКА (1913–2010 РР.)	358
Багиров Н.В.	359
АНАЛИЗ РУССКОЙ ФИЛОСОФИИ В СИСТЕМЕ ХРИСТИАНСКИХ ЦЕННОСТЕЙ	359
Бараник А.В.	361
РЕЦЕПТИ ТА ТРАДИЦІЇ КОЗАЦЬКОЇ МЕДИЦИНИ	361
Бондаренко Є.Р.	362
ЄВРОМАЙДАН – НОВІТНЯ ІСТОРІЯ НАШОЇ ДЕРЖАВИ	362
Гапонова Е.О.	363
РОЗРОБКА ДОРОЖНЬОЇ КАРТИ ЗАГАЛЬНО-РИНКОВОГО ПІДХОДУ ДО ФОРМУВАННЯ ПАКЕТУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ У ПЕРІОД РЕФОРМУВАННЯ ЕКОНОМІКИ УКРАЇНИ ..	363
Гімадєєва К. В.	365
АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК СПОСІБ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ АУТИЧНИХ ДІТЕЙ	365
Гончаренко М. Н.	366
НЕОНАЦИЗМ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ	366
Данилюк Ю.С.	366
МІЖНАРОДНИЙ РУХ "ЛІКАРІ СВІТУ ЗА ВІДВЕРНЕННЯ ЯДЕРНОЇ ВІЙНИ"	366
Демочко Г.Л.	367
РОЗВИТОК МЕДИЧНОГО КРАЄЗНАВСТВА У ХАРКІВСЬКОМУ НАЦІОНАЛЬНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ	367
Демочко А.Л., Гирик Я.О.	368
ІМ'Я В ХАРЬКОВСЬКІЙ МЕДИЦИНСЬКІЙ НАУЦІ – А.А. ШАЛИМОВ Харківський національний медичний університет,	368
Демочко А.Л., Замкова Д.А.	368
ГЕОРГІЙ ЕФИМОВИЧ ОСТРОВЕРХОВ – ВОСПИТАНИК ХАРЬКОВСЬКОГО МЕДИЦИНСЬКОГО ІНСТИТУТУ	368
Ефимова А.С.	369
СООТНОШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ И ОБЩЕСТВЕННОЙ КОМПОНЕНТЫ В КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА-ПЕДАГОГА	369
Затолока Д. В.	370
КРИЗИСНІ ЯВИЩА В РОЗВИТКУ КУЛЬТУРИ НА МЕЖІ ТИСЯЧОЛІТЬ	370
Зеліський Р.	371
ДЕЛО ВРАЧЕЙ	371
Зінов'єв І.Е.	372
РОЛЬ ЛІКАРІВ У ХОДІ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ	372
Комар В.А.	373
ОККУПАЦІЯ ГОРЛОВКИ В 1941-1943 гг.	373
Краснощекова Е.А.	373
ВЕЛИКОЕ ИМЯ XX ВЕКА – В.А. НЕГОВСКИЙ	373
Мамасуєва Л.В.	374
БЛАГОДІЙНІСТЬ ЧЕРВОНОГО ХРЕСТА	374
Маренич Н. И.	375
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВРЕМЯ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ (ЧАЭС)	375
Недомовная А. В.	375
МИШЕЛЬ ФУКО КАК ИСТОРИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. «ИСТОРИЯ БЕЗУМИЯ»	375
Немідько В.В.	376
РЕЛІГІЯ В ЖИТТІ СУЧАСНОЇ ЛЮДИНИ: ПРОБЛЕМА СВОБОДИ ВИБОРУ	376
Ничипорчук Г.В.	377
ПЕРШІЙ ХАРКІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ В РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ	377
Степаненко К.М.	378
МЕДИЦИНА І ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ	378
Сушецька Д. А.	379
ХАРКІВЩИНА В РОКИ ВЕЛИКОЇ ВІТЧИЗНЯНОЇ ВІЙНИ	379
Тягнирядко К.	381
ПРАПОР ПЕРЕМОГИ ОЛЕКСІЯ БЕРЕСТА	381

Фельдман Д.А.....	381
СТРАХ-ПОНЯТИЕ ФИЛОСОФСКОЕ.....	381
Харитоненко М. М.....	382
НАЦІОНАЛЬНО-ВИЗВОЛЬНА ВІЙНА УКРАЇНСЬКОГО НАРОДУ СЕРЕДИНИ XVII СТ...	382
Чепелюк О.О.	383
ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО ЗАСНУВАННЯ ХАРКОВА.....	383
Яковцова Т.А.....	384
ЖЕНЩИНЫ-МЕДИКИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.....	384
ПЕДАГОГІКА, ПСИХОЛОГІЯ ТА ЛІНГВОКУЛЬТУРОЛОГІЯ	385
Абдуманнов Достонбек, Дадаева Фидан	385
ЛИТЕРАТУРНОЕ НАСЛЕДИЕ АВИЦЕННЫ.....	385
Абулиятим Мохаммед Анасс.....	386
АРАБСКИЕ КОРНИ В РУССКИХ ИДИОМАХ.....	386
Бондаренко Є. Р.	386
ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОГО СПІЛКУВАННЯ В ПЕДІАТРІЇ. СИНДРОМ «БІЛОГО ХАЛАТА».....	386
Галицька О.І.....	387
РИТОРИКА – НАУКА ПРО ЕФЕКТИВНІ ФОРМИ МОВЛЕННЄВОВОПЛИВУ.....	387
Гольнік Я. В.....	389
РОЛЬ СПІЛКУВАННЯ У ВЗАЄМИНАХ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА	389
Замкова Д.А.	390
РІВЕНЬ АДАПТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ- ПЕРШОКУРСНИКІВ	390
Золотар А. О.....	390
СЛЕНГ – СУЧАСНА МОВА МОЛОДІ.....	390
Каштан К. П.....	391
ПРОБЛЕМИ ПРИСТОСУВАННЯ ПЕРШОКУРСНИКІВ ДО НАВЧАННЯ	391
Клименко А. А.....	392
ГЕНІАЛЬНІСТЬ ТА БОЖЕВІЛЛЯ – ДВІ СТОРОНИ ОДНІЄЇ МЕДАЛІ	392
Корнієць А.В.....	392
КУЛЬТУРА МОВЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА.....	392
Кулікова І.І.	393
СЕМІНАР ЯК ВАЖЛИВА ПЕДАГОГІЧНА СКЛАДОВА НАВЧАННЯ	393
Літвинов І.О.	393
ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК ПРОБЛЕМА СУЧАСНОСТІ	393
Махдауи Сами, Вализода Марджона	394
ОСОБЕННОСТИ РУССКОГО УДАРЕНИЯ	394
Махмудов Эрадж.....	395
НАЦИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА ЯЗЫКОВОЙ КАРТИНЫ МИРА	395
Мирадова Гулширин	396
СИМВОЛИКА СВАДЕБНОЙ ЖЕНСКОЙ ОДЕЖДЫ В ТУРКМЕНИСТАНЕ	396
Неплях О.В.....	397
СПІЛКУВАННЯ ЯК ФЕНОМЕН У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ.....	397
Нурметова Дилноза	397
ВЫРАЖЕНИЕ ЛЮБВИ В РУССКОМ И ТУРКМЕНСКОМ ЯЗЫКАХ.....	397
Павлічук Є.О	398
ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТЕРМІНОЛОГІЧНОЇ ЛЕКСИКОГРАФІЇ.....	398
Паніч Р.В.	399
ЛІНГВАЛЬНА НОРМАТИВНІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ	399
Піскарьова А. М., Інгінова К. О., Літвинов І. О., Таранова А. В.	400
ЗАХОДИ ДЕКАНАТУ ІІ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПО ПІДВИЩЕННЮ ПРАВОВОЇ СВІДОМОСТІ СТУДЕНТІВ	400
Рахмонов Рустам.....	401
РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ КОНЦЕПТОВ «ДРУГ», «ДРУЖБА» В РУССКОЙ И УЗБЕКСКОЙ ПАРЕМИОЛОГИИ	401
Рубаненко Л.А.	402
СИЛА СЛОВЕСНОГО ПЕРЕКОНАННЯ	402

Худайберганов Аваз.....	402
ЭПИЧЕСКИЙ ЦИКЛ КЁР-ОГЛЫ (ГОРГОЛЫ) У НАРОДОВ ЗАКАВКАЗЬЯ И СРЕДНЕЙ АЗИИ.....	402
Цвященко Ю.А.....	403
ПСИХОЛІНГВІСТИЧНИЙ АСПЕКТ РЕКЛАМИ МЕДИЧНИХ ЗАСОБІВ.....	403
Шахуа Исмаил.....	404
ПРАЗДНИК ЖЕРТВОПРИНОШЕНИЯ – КУРБАН-БАЙРАМ (Ид аль-адха).....	404
ІНОЗЕМНІ МОВИ	405
Bojarinzeva D.....	405
DIE IMPFUNG. IST DAS WICHTIG ODER NICHT?	405
Guschwa G.	406
DIAGNOSE VON MORBUS CROHN.....	406
Khromets A. I.....	407
REGENERATIVE MEDICINE RESEARCH VECTORS	407
Nesterenko V.V.	408
HUMAN PERICARDIUM NERVOUS INTERLACEMENTS.	408
Агамирьян Л.В.	409
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	409
Гончаренко М. Н.....	410
МЕРТВЫЙ ЯЗЫК ИЛИ ЖИВАЯ ЛАТЫНЬ?	410
Деликатная И.С.	410
МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.....	410
Исаева Н. П.	411
ЛАТИНИЗМЫ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	411
Корниец А. В.....	412
ДРЕВНИЕ О МУДРОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	412
Панченко Д.В.....	413
ЭТИМОЛОГИЯ НАЗВАНИЙ НЕКОТОРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ.....	413
Плехова О.О.....	414
ORGANVERPFLANZUNG:LEBENSRETTUNG ODER ZERBRECHEN.....	414
Теплякова А. С.....	415
ЭПОНИМЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	415
Фарзуллаев Н.Н.	416
КОМПАРАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛАТИНСКОЙ И ТАЛЫШСКОЙ ЛЕКСИКИ	416